Konsolidacja i integracja opieki zdrowotnej

Adam Kozierkiewicz

Recenzenci:
Tomasz Pawlęga
Anatol Gołąb
Jacek Grabowski
Jacek Graliński
Tomasz Hermanowski

Niniejszy podręcznik został opracowany jako materiał szkoleniowy w ramach projektu *Nowoczesne zarządzanie w zakładach opieki zdrowotnej – szkolenia z zakresu rachunku kosztów i informacji zarządczej oraz narzędzi restrukturyzacji i konsolidacji ZOZ*, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, Poddziałanie 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia.

Materiał przeznaczony jest do bezpłatnego dystrybuowania wśród uczestników szkoleń organizowanych w ramach ww. projektu.

Publikacja współfinansowana przez Unię Europejską
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego


KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI


Ministerstwo Zdrowia



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Spis treści

Wprowadzenie

System ochrony zdrowia w Polsce przez ostatnie kilkanaście lat ulegał zasadniczym zmianom. W latach 90. XX wieku publiczna część systemu finansowana była z budżetu państwa za pośrednictwem wojewodów, oraz ministerstw. W systemie publicznym działało wtedy ok. 2 tys. zakładów opieki zdrowotnej, w tym ok. 400 tzw. zintegrowanych (zakładów opieki zdrowotnej oraz zespołów zakładów opieki zdrowotnej, składających się z wielu przychodni, stacji pogotowia ratunkowego oraz szpitala). W danych statystycznych z 1995 r. mowa jest o 4,5 tys. przychodni oraz 715 szpitalach. Ponadto funkcjonowało wtedy kilkadziesiąt tysięcy praktyk lekarskich i stomatologicznych (w 1998 r. odpowiednio – 50,2 tys. i 18,6 tys.), ale tylko 770 działało z wykorzystaniem środków publicznych. Z czasem struktura placówek znacznie się zmieniła. Nastąpił masowy proces prywatyzacji działalności medycznej (najczęściej bez prywatyzacji majątku). W roku 2000 odnotowano 8,2 tys. ambulatoryjnych zakładów opieki zdrowotnej (nie przychodni, lecz zakładów), a w roku 2005 – już 12,3 tys. Według stanu z marca 2011 r. w Polsce zarejestrowanych jest 17,5 tys. zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność ambulatoryjną, dysponujących 24,3 tys. przychodni, w których działa 180 tys. poradni. Ogółem działa ponad 18,5 tys. zakładów opieki zdrowotnej, w tym 2,4 tys. publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia podpisuje w ostatnich latach ok. 50 tys. kontraktów rocznie z 22,6 tys. świadczeniodawców (dane z roku 2009). System jest pofragmentowany.

Znacznej zmianie uległ również sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W latach 90. XX wieku, kiedy finansowanie oparte było na mechanizmie alokacji budżetowej, a wielkość budżetu zależała głównie od wielkości infrastruktury, powszechnie uważano, że sposób ten powodował niską „produktywność” zakładów opieki zdrowotnej. W rzeczywistości, mimo większej niż obecnie liczby łóżek szpitalnych, przyjmowano do szpitali o 1/3 pacjentów mniej (ok. 13 przyjęć na 100 mieszkańców w 1998 r. w stosunku do ok. 22 w 2009 r.), a średnia długość pobytu pacjenta w szpitalu wynosiła ok. 12 dni (w 1998 r.), podczas gdy w roku 2009 było to już 5,8 dnia. Liczba rejestrowanych porad lekarskich wzrosła w tym czasie o ok. 20%.

Wzrost liczby usług medycznych stanowił priorytet płatnika oraz placówek opieki zdrowotnej. Związany był z powszechnym przeświadczeniem, że wyższa liczba świadczeń opieki zdrowotnej spowodowana zwiększeniem wydatków publicznych odpowie na problem „braku odpowiedniego poziomu dostępności usług medycznych”. Przekonanie to właściwie trwa do dzisiaj, choć w ostatnich latach zaczęto zauważać kilka innych aspektów wymienionego zagadnienia. Po pierwsze, znaczne zwiększenie wydatków publicznego płatnika nie znalazło odbicia w odczuwalnej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Po drugie, barierą wzrostu liczby świadczeń staje się coraz bardziej brak lekarzy, pielęgniarek oraz, niekiedy, infrastruktury technicznej. Po trzecie wreszcie, obserwuje się zmniejszenie dynamiki

poprawy stanu zdrowia populacji. Utrzymują się także różnice między grupami społecznymi zarówno w dostępie do usług zdrowotnych, jak i w stanie zdrowia, choć systematycznych pomiarów tych różnic jest niewiele.

Na powyższe zjawiska nakładają się czynniki niezależne od systemu ochrony zdrowia, które w kolejnych latach będą istotnie wpływać na jego funkcjonowanie i odbiór społeczny. W bieżącej dekadzie (lata 2010–2020) znacznie wzrośnie w Polsce liczba osób w wieku podeszłym. Związany z tym będzie znaczący wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne. Jednocześnie światowy kryzys finansowy, mimo że w Polsce mniej odczuwany, spowodował spadek dynamiki przychodów publicznego sektora opieki zdrowotnej. Znaczne obciążenia fiskalne, zadłużenie publiczne, zmniejszenie populacji osób pracujących oraz międzynarodowa konkurencja gospodarcza powoduje, że zwiększenie poziomu składki zdrowotnej stanie się bardzo trudne, jeśli nie niemożliwe. Nieustannie również występuje presja nowych technologii – nowe możliwości diagnostyki i leczenia otwierają nowe szanse, ale wydatki z tym związane konkurują z wydatkami na obecnie stosowane terapie.

W podobnej sytuacji znajduje się wiele krajów na świecie. W większości państw rozwiniętych presja wydatków związanych z opieką zdrowotną na finanse publiczne jest tak wielka, że władze podejmują kroki ograniczające przyrost wydatków na ten cel. W Niemczech w 2002 r. wprowadzono tzw. współpłacenie (współfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta), a w 2006 r. nową metodę gromadzenia i dystrybucji środków w systemie ubezpieczeniowym. W Wielkiej Brytanii wydatki na NHS (brytyjski system opieki zdrowotnej) spadają po raz pierwszy od 50 lat, we Francji wprowadza się funkcję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a wszędzie tam prowadzone są wysiłki na rzecz lepszego zarządzania procesami diagnostyczno-leczniczymi po to, aby za te same środki finansowe można było osiągać lepsze efekty. I właśnie ten motyw staje się dominujący – jak osiągać *więcej* za pieniądze wydawane na ochronę zdrowia.

W 2000 r. Światowa Organizacja Zdrowia (*WHO*) opublikowała coroczny raport, który jednak stał się przełomowy w jednym z wymiarów; raport przedstawiał ocenę i ranking narodowych systemów ochrony zdrowia blisko 180 krajów świata. W raporcie WHO zdefiniowała kryteria oceny, uznając za uniwersalne cele ochrony zdrowia takie elementy, jak: stała poprawa stanu zdrowia populacji, jakość obsługi pacjentów oraz sprawiedliwość obciążeń finansowych. Stworzony ranking stał się głośnym wydarzeniem, ale najważniejszym efektem, jaki osiągnięto, było wskazanie, że system ochrony zdrowia powinien być *aktywnie zarządzany;* osiągać wyznaczone cele, których skalę da się zmierzyć po to, aby stale poprawiać zarządzanie systemem.

W niektórych krajach już wcześniej zaczęto uruchamiać mechanizmy **oceny jakości działania** (*performance measures*), aby móc obiektywnie oceniać postęp i ewentualnie korygować kierunki rozwoju. W literaturze powtarzała się idea, że wyznaczenie celów może służyć reorientacji wysiłków podejmowanych przez uczestników systemu. Uznano, że orientacja na strukturę lub wielkość produkcji w placówkach opieki zdrowotnej nie prowadzi do oczekiwanych rezultatów. Pojawiało się coraz więcej doniesień wskazujących na to, że niektóre z dóbr i usług są nadużywane (powodując przy okazji zbędne zagrożenie efektami ubocznymi), podczas gdy innych brakuje; występuje niewłaściwa struktura korzystania z usług, powodująca obciążenia finansowe i przynosząca nieoptymalne wyniki. W związku z tym zaczęto postulować, że system opieki zdrowotnej i jego instytucje powinny być w większym stopniu **zorientowane na rezultat** (*outcome oriented health care*), a drogą do tego powinny być zmiany w sposobie finansowania świadczeń oraz w organizacji placówek opieki zdrowotnej.

W celu stałego motywowania podmiotów działających w systemie ochrony zdrowia do osiągania lepszych rezultatów, testowano różne metody finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, które w ostatnich kilku latach zyskały wspólną nazwę **płatności za rezultat** (*payment for result*). *Płatności za rezultat* to zatem kierunek najnowszych eksperymentów, pilotaży i wdrożeń w dziedzinie metod finansowania usług zdrowotnych. Wraz z ich zastosowaniem, immanentną częścią systemu finansowania staje się ocena jakości, głównie jakości procesu leczniczego oraz wyniku opieki. Znane i stosowane dużo wcześniej narzędzia, jak akredytacja, licencjonowanie, zyskały przy tym dodatkowe wzmocnienie.

Kolejnym zjawiskiem jest staranie o silniejsze zaangażowanie pacjenta w proces diagnostyczno-leczniczy., Oprócz wymiaru etycznego (zgoda na działania medyczne, kontrola pacjenta nad procesem), ma ono również ważny wymiar ekonomiczny – zaangażowani i wyedukowani pacjenci są w stanie samodzielnie realizować wiele zadań, odciążając w ten sposób system. **Opieka skoncentrowana na pacjencie** (*patient centered care*) staje się systemowym ucieleśnieniem koncepcji medycyny holistycznej oraz ***zachowania ciągłości opieki*** (*care continuity*), realizowanej w środowisku podmiotów specjalizującym się w wąskim zakresie leczenia. W dobie wyspecjalizowanych profesjonalistów i ośrodków medycznych nie ma już możliwości realizacji tych zasad przez jednego lekarza. Pomocna zatem staje się koncepcja pochodząca z dziedziny biznesu – ***łańcuch wartości*** (*value chain*) i narzędzia zarządzania z nim związane. Esencją koncepcji łańcucha wartości jest **koordynacja opieki** (*coordination of care*), możliwa do spełnienia m.in. dzięki określaniu celów i procedur działania, ocenie ich wyników oraz efektywnemu przepływowi informacji między podmiotami systemu. W sferze praktycznej wyróżnikiem opieki koordynowanej jest aktywne **zarządzanie jakością opieki** (*quality management*) oraz **zarządzanie korzystaniem** (*utilization management*) z poszczególnych dóbr i usług.

Dochodzi do tego **różnorodność i innowacyjność**. Preferencje pacjentów oraz okoliczności, w jakich się znajdują, są bardzo różnorodne. Trudno je wszystkie przewidzieć, zarządzając z poziomu centralnego *makro* lub *mezo*. Stąd potrzeba delegowania uprawnień do różnicowania, zachęcania do innowacyjności organizacyjnej i technologicznej, przy zachowaniu wspólnych ram działania. Sztywne administracyjne zasady działania zastępowane są mechanizmami quasi-rynkowej konkurencji, w których przedmiotem konkurencji są **wyniki** (*outcomes*) działania, komunikowane klientom systemu.

Powyższym zagadnieniom poświęcone jest niniejsze opracowanie. W rozdziale I autor przypomina naturalne prawa i zasady rządzące sektorem ochrony zdrowia, przedstawia podstawową terminologię. W Rozdziale II prezentowana jest idea *łańcucha wartości* w ochronie zdrowia oraz zasady, jakimi powinien kierować się system ochrony zdrowia by uzyskiwać najwyższy poziom wartości dodanej. Rozdział III opisuje przykłady krajów, które wprowadziły opiekę koordynowaną w różnych postaciach. Nie jest to przegląd pełny, lecz wydaje się, że główne koncepcje zostały w tych rozdziałach zawarte. W Rozdziale IV omawiane są metody finansowania usług zdrowotnych i wynikające z nich motywacje dla dostawców. Rozdziały V i VI omawiają dwa filary opieki koordynowanej – metody zarządzania korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz zarządzania jakością. Podsumowaniem opracowania jest Rozdział VII, w którym przedstawiono schemat procesu kontraktowania organizacji opieki koordynowanej, oparty na doświadczeniach brytyjskich i amerykańskich.

1. Ekonomiczne i społeczne wyzwania ochrony zdrowia

Badania opinii Europejczyków[1] wskazują, że zdrowie zajmuje pierwsze miejsce na liście determinantów szczęścia (73% wskazań). Na kolejnych miejscach znalazły się takie wartości, jak: miłość (44%), praca (37%), pokój (35%) pieniądze (32%).

Zachowaniu i poprawie stanu zdrowia służą określone ***dobra i usługi*** *(goods and services)* – od środków utrzymania higieny po operacje transplantologiczne. Natomiast do wytwarzania dóbr i usług wykorzystywane są ***zasoby*** (*resources*), a ponieważ ich ilość jest zawsze ograniczona ludzie muszą dokonywać wyborów, na co je przeznaczyć. Dokonując określonych wyborów, decydują o ponoszeniu tzw. ***kosztu alternatywnego*** (*alternative cost*), czyli rezygnacji z innego dobra w celu nabycia tego wybranego. Problem ***ograniczoności zasobów*** (*scarcity of resources)* i konieczność wyboru spośród alternatyw jest fundamentalnym zagadnieniem ***ekonomii***, w tym ekonomii zdrowia.

Jednym z zadań podejmowanych przez władze publiczne współczesnych państw jest ***ochrona zdrowia***[2], na którą składają się działania służące zapobieganiu utraty zdrowia (nie tylko zapobieganiu chorobom, ale także urazom, zatruciom itp.), diagnostyka, leczenie oraz rehabilitacja, a także opieka na etapie umierania, mimo, że zdrowia na tym etapie już się nie chroni, ani nie poprawia. W tym kontekście pojęcie ochrony zdrowia obejmuje ***opiekę zdrowotną*** (*healthcare*) oraz ***zdrowie publiczne*** *(public health)*.

W większości krajów świata działają systemy, które można nazwać ***systemami ochrony zdrowia*** *(health systems)*. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2005 r. system ochrony zdrowia stanowi *sumę organizacji, instytucji i zasobów mających na celu poprawę, podtrzymywanie lub przywracanie zdrowia*[3]. Jeśli dodamy do niej definicję zdrowia z 1946 r.[4] oraz koncepcję wielosektorowej odpowiedzialności za zdrowie, można dojść do wniosku, że system ochrony zdrowia to właściwie całokształt aktywności społeczeństw i państw. Takie podejście jest jednak mało praktyczne, stąd już definicja Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju z 2000 r. ogranicza pojęcie systemu ochrony zdrowia do ***systemu opieki zdrowotnej*** (*healthcare system*) oraz określonych organizacji i działań, których głównym celem jest zapobieganie chorobom (np. służby sanitarno-epidemiologiczne).

W celu ochrony zdrowia udzielane są ***usługi*** (*services*) i dostarczane ***dobra*** *(goods)*, które następnie są ***konsumowane*** przez ich odbiorców. W tym miejscu powstaje problem określenia odbiorców tych usług i dóbr. Jeżeli osoby te są chore, najczęściej nazywa się je ***pacjentami*** *(patients)*. Jednak wiele usług i dóbr ochrony zdrowia adresowanych jest do osób zdrowych, głównie po to, aby zapobiegać chorobom. Osoby te w potocznym rozumieniu nie są pacjentami. Są natomiast w większości ***obywatelami*** *(citizens)*, nawet kiedy nie są nimi w rozumieniu przepisów prawnych dotyczących obywatelstwa danego kraju. Są także ***mieszkańcami*** *(inhabitants)* danego obszaru, co ma znaczenie choćby w kontekście zapisów Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej[5]. Osoby te są w końcu ***konsumentami*** *(consumers)* dóbr

---

[1] EUROBAROMETER 69, *Values of Europeans*, EUROSTAT, 2008.

[2] Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Vesalius, Kraków, 1996

[3] Health Report 2000, WHO, Geneva, 2000.

[4] „(…) stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jako brak choroby lub zniedołężnienia", WHO, 1946.

[5] Art. 68. 1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Art. 68.2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

i usług, a także ***klientami*** *(clients)* osób i organizacji dostarczających ww. usługi i dobra. Według polskiej terminologii prawnej, osoby te są także ***świadczeniobiorcami*** *(benefits takers)*, jednak wydaje się, że tylko wtedy, kiedy konsumują dobra lub usługi objęte finansowaniem na podstawie ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych[6].

Dobra i usługi dostarczane są przez ich ***dostawców*** *(providers).* W wypadku usług dostawcy są zwykle ich ***producentami*** *(producers)*, choć istnieje wiele sytuacji, kiedy dostawcy korzystają z działań ***podwykonawców***, którzy są rzeczywistymi producentami usług, a dostawca jedynie organizuje ***dostawę.*** Ta obserwacja jest o tyle istotna, że, podobnie jak w wielu dziedzinach gospodarki, w ochronie zdrowia coraz większe znaczenie zyskuje kooperacja i podwykonawstwo (m.in. *outsourcing)*. Pojawia się przy tym pojęcie ***łańcucha wartości*** (*value chain*), co oznacza, że ostateczna wartość (w sensie ekonomicznym utożsamiana z ***użytecznością*** (*utility*)) powstaje ze ***złożenia*** (*assembling*) wielu pojedynczych produktów. W wypadku dóbr podmiot, który je dostarcza konsumentowi znacznie rzadziej jest producentem, a dobro jest zwykle produkowane w długich seriach przez wyspecjalizowanych, często globalnych producentów (np. firmy farmaceutyczne). Pojedyncze dobra, podobnie jak usługi, często wchodzą w skład łańcucha wartości, a ich samodzielna wartość jest znacznie niższa niż w połączeniu z innymi dobrami i usługami (np. wartość *cisplatyny* bez wiedzy nt. jej zastosowania jest niewielka). Podobnie jak w wypadku świadczeniobiorców w polskiej terminologii prawnej istnieje pojęcie ***świadczeniodawców***, odnoszące się do dostawców dóbr i usług objętych finansowaniem na podstawie ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych.

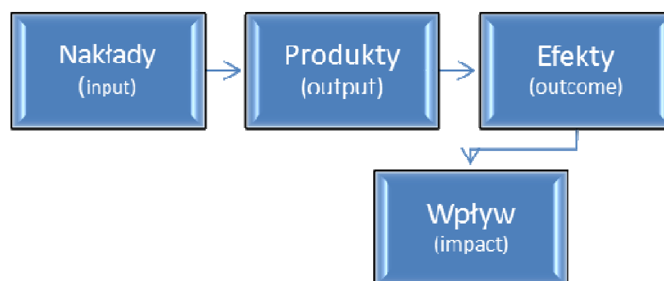
W systemie ochrony zdrowia bardzo istotną rolę odgrywają ***płatnicy*** (*third party payers*), niebędący jednocześnie konsumentami dóbr i usług. Płatnikami są najczęściej ***władze publiczne*** *(government administration)* i ***ubezpieczyciele*** *(insurance)*, jednak rolę tę mogą odgrywać również ***przedsiębiorstwa*** (*companies*). W terminologii Systemu Rachunków Zdrowia[7] (*System of Health Accounts, SHA*), wyróżnia się ***ostatecznych płatników*** (*ultimate payers*), którymi są obywatele i przedsiębiorstwa, oraz ***podmioty pośredniczące*** (*intermediaries*) – m.in. władze publiczne i ubezpieczyciele, gromadzące środki obywateli i przedsiębiorstw oraz używające ich do finansowania dostawy dóbr i usług. Ubezpieczenia wyróżnione w SHA mogą mieć charakter ***funduszy ubezpieczeń społecznych*** (*social security funds*) – takich jak polski NFZ czy niemieckie kasy chorych; innych ***ubezpieczeń społecznych*** (*other social insurance*) oraz ***prywatnych ubezpieczeń*** (*private insurance*) obejmujących większość komercyjnych towarzystw ubezpieczeniowych. W SHA istnieje także kategoria ***prywatnych ubezpieczeń społecznych*** (*private social insurance*), do których zalicza się znaczną część amerykańskich organizacji opieki kierowanej (*managed care organisations*, MCO).

System ochrony zdrowia, wraz z jego organizacjami, służy określonym celom, a stopień ich osiągania jest miernikiem ***sprawności działania*** (*performance*) tego systemu. Sprawność tego rodzaju ocenia się przez zestawienie ***nakładów*** (*inputs*) z ***produktami*** (*outputs*) oraz ***efektami (wynikami)*** (*outcomes*) ich zastosowania. Można tu jeszcze dodać pojęcie ***wpływu*** *(impact),* jaki uzyskiwane efekty wywierają na szerokie otoczenie.

---

[6] Ustawa . z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z pózn. Zm.)

[7] *System of Health Accounts Guidebook*, OECD, Paris 2000.



Rys. 1. Schemat składników do oceny sprawności działania systemu ochrony zdrowia.
Źródło: opracowanie własne.

W kontekście ochrony zdrowia pojęcia te stosują się odpowiednio do:

— nakłady to (zużywane) ***zasoby*** (*resources*) w rozumieniu pieniędzy, liczby profesjonalistów oraz ich czasu, dostępnego sprzętu, infrastruktury technicznej itp.;
— produkty to jednostki usług i dóbr. Pojęcie ***produktów kontraktowania*** *(kontraktowych)* wykorzystywane jest w polskim systemie ubezpieczeń od 2000 r.;
— efekty to skutki ***zastosowania*** (*application*) określonego zestawu produktów w odniesieniu do danego pacjenta/konsumenta lub ich populacji. Najczęściej za efekty uznaje się poprawę aktualnego stanu zdrowia konsumentów oraz wzrost (lub utrzymanie) poziomu ich satysfakcji z korzystania z usług;
— wpływ to ostateczny wynik osiągany w rezultacie powyższego. Ten wynik to np. wzrost satysfakcji z jakości życia w danym kraju i regionie, zamożność kraju i regionu, napięcia społeczne lub ich brak itp.

Nieprzypadkowo powyższe pojęcia nawiązują do koncepcji jakości Avedisa Donabediana, wyróżniającej trzy osie w których można rozpatrywać jakość: ***strukturę*** (*structure*), ***proces*** (*process*) i ***wynik*** (*outcome*). Jednocześnie tymi samymi elementami można zarządzać w celu osiągnięcia ***poprawy jakości*** *(quality improvement).* Z pojęciami nakładów, produktów i efektów związane są także pojęcia ***efektywności*** (*effectiveness*) i ***skuteczności*** (*efficiency*). Wbrew powiązaniom semantycznym występującym w języku angielskim, za efektywność uznaje się relację *produktów* do *nakładów*, a za skuteczność relację *rezultatów* do *produktów*.

1.1. Cele systemu ochrony zdrowia

W 2000 r. ukazał się raport8 Światowej Organizacji Zdrowia, fundamentalny z punktu widzenia konstrukcji systemów ochrony zdrowia na Świecie. WHO, pod przewodnictwem Pani Gro Harlem Brundtland i intelektualnym przywództwem Christophera Murray'a, podjęła próbę odpowiedzi na pytanie, *jaki system ochrony zdrowia działa najlepiej?* Codziennie na świecie zadają je sobie tysiące polityków, ekspertów i miliony ludzi niezadowolonych z działania krajowego systemu. Przez wiele lat trwała ogólnoświatowa dyskusja, czy lepszy jest system ubezpieczeniowy (Bismarcka, jak w Niemczech) czy narodowej służby zdrowia (Beveridge'a, jak w Wielkiej Brytanii). W ostatnich latach spór ten zszedł jednak na dalszy

[8] Health Report 2000, WHO, Geneva, 2000.

plan, kiedy okazało się, że oba podstawowe modele nie są idealne (krytyka własnych społeczeństw tego dowodziła), oraz że cech systemów nie można upraszczać do poziomu sposobu gromadzenia środków finansowych. Raport WHO nie był politycznie poprawny. Spowodował burzę polityczną na poziomie Organizacji Narodów Zjednoczonych, których częścią jest WHO. Wywołał oburzenie Stanów Zjednoczonych, których system ochrony zdrowia został oceniony znacznie poniżej oczekiwań, a także wyhamowanie impetu reformy francuskiego systemu opieki zdrowotnej autorstwa Alaina Juppé, ocenionego najwyżej.

Raport zawierał ranking systemów ochrony zdrowia ponad 180 krajów świata. Aby dokonać oceny, WHO było zmuszone określić ***kryteria sukcesu***, a do tego niezbędne okazało się określenie ***celów***, którym służy system ochrony zdrowia.

W rezultacie WHO założyła trzy podstawowe cele funkcjonowania systemu ochrony zdrowia:
- poprawa stanu zdrowia społeczeństwa (*health*),
- sprawiedliwy podział obciążenia finansowego związanego z chorobą (*fairness*),
- właściwa odpowiedź na oczekiwania społeczne (*responsiveness*).
- Bardziej szczegółowa interpretacja wymienionych celów prowadziła do:
- oceny postępu w poprawie stanu zdrowia populacji,
- oceny skali różnic w stanie zdrowia między członkami danej populacji,
- oceny rozkładu obciążeń finansowych związanych z działaniem systemu ochrony zdrowia,
- oceny stopnia odpowiadania na subiektywne oczekiwania społeczne,
- oceny rozkładu zaspokajania oczekiwań różnych grup społecznych.

Zakłada się, że cele, jakie można uznać za uniwersalne w dojrzałym systemie ochrony zdrowia, w szczególności opartym na zasadach redystrybucji zasobów, powinny obejmować następujące elementy:
- (ciągłą) poprawę stanu zdrowia populacji,
- (ciągłą) poprawę jakości obsługi konsumentów ochrony zdrowia,
- zapewnienie stabilności finansowej systemu i jego składowych oraz rozwój potencjału ekonomicznego sektora jako składowej gospodarki,
- zapewnienie sprawiedliwego dostępu do dóbr i usług zdrowotnych.

Zostały one zdefiniowane z punktu widzenia społecznego w oparciu o model „systemu idealnego", którego oczywiście na świecie nie ma, lecz który można opracować, przyjmując określone założenia. W dyskusjach publicznych pojawiają się także inne cele, wśród których, częściej niż inne, wymienia się *tworzenie warunków uzyskiwania satysfakcji zawodowej profesjonalistów medycznych*. Te jednak wydają się bardziej narzędziem pomagającym w motywacji do skutecznej i efektywnej pracy niż celem samym w sobie.

Ciągła poprawa stanu zdrowia populacji nawiązuje do pojęcia *zdrowia publicznego,* lecz jego związek z medycyną kliniczną polega na tym, że sukces na polu *poprawy zdrowia populacji* stanowi sumę sukcesów terapeutycznych (i/lub prewencyjnych) w milionach indywidualnych interwencji zdrowotnych. Jednocześnie cel jest sformułowany dynamicznie, ponieważ *ciągła poprawa (…)* jest procesem, który nigdy się nie kończy i nie istnieje stan, który można by uznać za finalny. Znany jest stan wyjściowy – jest to obecna sytuacja epidemiologiczna danej populacji, opisywana takimi wskaźnikami, jak: umieralność, śmiertelność, zapadalność, chorobowość, syntetyczne wskaźniki obciążenia chorobami (DALY, HALE), itp. Biorąc pod uwagę stały postęp medycyny, można przypuszczać, że wykres trendu wykładniczego, taki jak na wykresie umieralności niemowląt, będzie adekwatny do większości zjawisk zdrowotnych w przyszłości. Oznacza to, że nasilenie negatywnych zjawisk będzie stale spadać, przy czym stopniowo spadek ten będzie prezentować coraz

mniejszą dynamikę (marginalny postęp będzie coraz mniejszy) i nigdy (lub bardzo rzadko) nie osiągnie poziomu „0" (zero).

Ciągła poprawa jakości obsługi konsumentów dóbr i usług zdrowotnych nawiązuje do pojęcia *satysfakcji pacjentów* oraz *spełniania oczekiwań konsumenckich.* Pojęcie *jakości* w ochronie zdrowia obejmuje zarówno jakość kliniczną, związaną ze skutecznością diagnostyki i terapii, jak i *satysfakcję pacjenta*, oddającą emocje i odczucia konsumenta usług zdrowotnych, w pewnym stopniu niezależnie od obiektywnych rezultatów interwencji zdrowotnych. Pod pojęciem *jakości obsługi konsumenta* należy rozumieć ten drugi aspekt. W przeciwieństwie do wskaźników stanu zdrowia w dziedzinie *jakości obsługi konsumenta* nie istnieje jeden uzgodniony i powszechnie obowiązujący standard pomiaru. Istnieje jednak wiele przykładów *dobrych* praktyk w tej dziedzinie. Wśród nich jedną z istotniejszych jest rozróżnienie zagadnienia pomiaru jakości konkretnego *epizodu opieki* lub dostawcy usług od pomiaru ogólnej oceny *systemu ochrony zdrowia*.

Zapewnienie stabilności finansowej systemu ochrony zdrowia. Ochrona zdrowia, podobnie jak tzw. usługi ogólnospołeczne administracji publicznej lub obrony narodowej[9], bywa traktowana jak element konsumpcji społecznej, niewnoszący istotnych wartości gospodarczych, ale niezbędny dla społeczeństwa[10]. Pomijając dyskusję o inwestycyjnym charakterze wydatków zdrowotnych, należy tu zauważyć, że ochrona zdrowia jest dużym sektorem produkcji usług i dóbr. W niektórych krajach dobra (głównie w postaci leków, sprzętu medycznego itp.), czasem również usługi są ważnym towarem eksportowym. Przychody z tego tytułu stanowią ważny element Produktu Krajowego Brutto (PKB), podobnie jak dobra i usługi sprzedawane bezpośrednio gospodarstwom domowym. Rozwój sektora ochrony zdrowia stanowi podobną korzyść jak rozwój każdego innego sektora gospodarki, pod warunkiem, że nie jest związany wyłącznie z transferami środków publicznych, ponieważ wtedy korzyści ekonomiczne są niwelowane przez obciążenia fiskalne. Rozwój, innowacyjność sektora, skutkująca międzynarodową konkurencyjnością, przy umiarkowanym obciążaniu reszty gospodarki, wynikającym z finansowania publicznego, wydaje się zatem naturalnym celem gospodarczym, stawianym przed systemem ochrony zdrowia.

Zapewnienie sprawiedliwego dostępu do dóbr i usług zdrowotnych związane jest z pojęciem równości (*equality*) oraz z rozpowszechnionym w krajach rozwiniętych staraniem o usuwanie różnic między przedstawicielami różnych grup społecznych w dostępie do usług i dóbr zdrowotnych. Usługi i dobra w zakresie opieki zdrowotnej traktowane są jak prawo obywatelskie, albo wręcz jak prawo człowieka, na równi z prawem do równości, wolności czy sprawiedliwości. Znajduje to odzwierciedlenie w międzynarodowych[11] i krajowych regulacjach prawnych. W polskiej terminologii prawnej wykorzystuje się pojęcie *równości dostępu* do świadczeń zdrowotnych, choć w istocie chodzi raczej o *sprawiedliwość* (*fairness, equity*), biorąc pod uwagę, że sposobem uzyskania tej równości jest redystrybucja zasobów

---

9 *Nomenclatures des Activites de Communite Europeene - NACE rev. 1. Eurostat, 1998.*

10 Przeciwnicy tego punktu widzenia argumentują, że ochrona zdrowia to inwestycja w ludzi, której skutkiem jest na przykład wzrost produktywności wynikający z dobrego stanu zdrowia. W istocie część z usług i dóbr zużywanych w systemach ochrony zdrowia konsumowana jest przez osoby w wieku produkcyjnym lub przed nim, jednak większość dotyczy osób w wieku poprodukcyjnym. Stąd usługi i dobra wobec tej grupy osób nie stanowią inwestycji w przyszłą produkcję, natomiast bez wątpienia są międzypokoleniowym obowiązkiem o charakterze etycznym. Wybór co do takiego modelu transferów międzypokoleniowych jest oczywisty dla społeczeństw naszego kręgu kulturowego.

11 Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej, Rada Europejska, 7.12.2000.

miedzy grupy społeczne, od zamożniejszych do mniej zamożnych. Istotą tej koncepcji jest uniezależnienie stanu zdrowia członków danej społeczności od ich osobistej zamożności. Drogą do tego ma być usuwanie barier, głównie finansowych, dostępu do świadczeń zdrowotnych, choć można z dużą pewnością stwierdzić, że całkowita eliminacja tego typu barier jest niemożliwa. Tym niemniej, wybierając opcje realizacyjne rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia, politycy w krajach europejskich powinni mieć na uwadze skutki tych wyborów dla powstawania lub utrzymywania się nierówności w systemie ochrony zdrowia i dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej[12].

1.2. Potrzeby, zapotrzebowanie, popyt

Relację między ceną dóbr i usług (w tym usług ochrony zdrowia), a ilością, jaką konsumenci *chcą* i *mogą* nabyć w określonym czasie (przy założeniu niezmienności innych elementów[13]), nazywa się ***popytem*** *(demand)*. Samą ilość dóbr i usług, które nabywcy chcą i mogą nabyć określa się ***wielkością popytu*** (*quantity demanded*). Związek między ceną a wielkością popytu nazywa się ***prawem popytu*** (*law of demand*), a krzywą obrazującą spadek wielkości popytu wraz ze wzrostem ceny nazywa się ***krzywą popytu*** (*demand curve*). Zwykle, wraz ze wzrostem ceny, spada wielkość popytu i zależność ta występuje w wypadku większości dóbr i usług, tzw. ***dóbr normalnych*** (*normal goods*). Wielkość popytu zmienia się także wraz ze zmianą zamożności nabywców; jeżeli ich dochody wzrastają, stają się bardziej skłonni wydawać więcej, co skutkuje odpowiednim przesunięciem krzywej popytu. W sytuacji wzrostu zamożności nabywców mogą mieć miejsce dwa zjawiska: albo konsumpcja określonych dóbr pozostanie na tym samym poziomie i wzrosną ich ceny (inflacja cen lub przeniesienie preferencji konsumentów na droższe substytuty), albo ceny pozostaną stałe, a wzrośnie konsumpcja tych dóbr i usług. W ekonomii wyróżnia się także tzw. ***dobra luksusowe*** (*luxury goods*), na które popyt rośnie szybciej niż zamożność konsumentów, a także ich odmianę w formie *dóbr Veblera*, na które popyt rośnie w miarę wzrostu ich cen. Istnieje wiele przykładów wskazujących na to, że niektóre z dóbr i usług ochrony zdrowia mają cechy dóbr luksusowych, a konsumenci wykazują większy popyt na produkty o wyższych cenach (patrz: *rebrandowane* leki generyczne).

W ekonomii zdrowia, obok popytu, występuje kilka innych pojęć, które należy rozważać w tym kontekście. Po pierwsze pojęcie ***potrzeb zdrowotnych*** (*health needs*), które czasem używane jest zamiennie z pojęciem *popytu* lub *zapotrzebowania* na dobra i usługi zdrowotne. Pojęcie potrzeb zdrowotnych oznacza[14] *rodzaj* oraz *ilość dóbr i usług, które **powinny** zostać dostarczone (i skonsumowane) przez daną populację*. Uznaje się, że wielkość potrzeb zdrowotnych jest definiowana przez profesjonalistów (a nie użytkowników usług) na podstawie ich wiedzy o stanie zdrowia członków populacji oraz okoliczności i sytuacji kli-

---

[12] W istocie problem jest znacznie bardziej złożony niż powyżej zaprezentowano. W praktyce bowiem należałoby dokładnie wskazać, czy chodzi o osiąganie „równych" wskaźników zdrowotnych przez poszczególne subpopulacje danego społeczeństwa (np. zamożnych i dobrze wykształconych oraz ubogich i słabo wykształconych), czy chodzi o równość potencjalnego dostępu do świadczeń (w sensie finansowym, czasowym, geograficznym itp.), czy, jak to często się rozumie w Polsce, równe wydatki na ochronę zdrowia w poszczególnych regionach kraju.

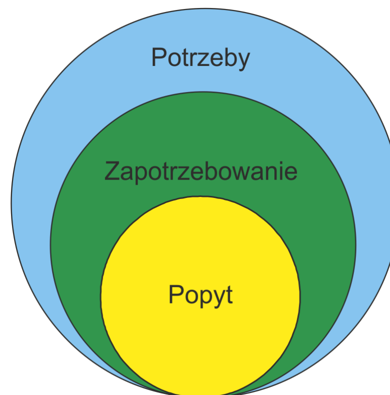
[13] *ceteris paribus.*

[14] *Glossary of Heath Care Terms* (www.uic.edu/sph/cade/abcmco/basics/gloss.html#ne) (data: 10.09.2009).

nicznych, w których określona usługa (dobro) powinna zostać dostarczona. Co za tym idzie, wielkość potrzeb zdrowotnych jest względnie niezależna od decyzji potencjalnych konsumentów, a rośnie wraz z wiedzą medyczną i możliwościami medycyny, o których wiedzą głównie profesjonaliści.

Potrzeby zdrowotne mogą być ***uświadomione*** oraz ***nieuświadomione*** przez potencjalnych odbiorców. Potrzeby uświadomione powodują, że dana osoba zwykle zaczyna poszukiwać pomocy medycznej, czyli potrzeby te przeradzają się w ***zapotrzebowanie*** na dobra i usługi zdrowotne. ***Zapotrzebowanie*** na dobra i usługi zdrowotne jest zatem wynikiem skojarzenia wiedzy o potrzebach zdrowotnych, z chęcią i poczuciem konieczności nabycia (uzyskania) określonego dobra i usługi zdrowotnej. Zapotrzebowanie na dobra i usługi zdrowotne może nie występować, mimo istnienia potrzeb zdrowotnych. Z drugiej strony ci sami profesjonaliści uznają niektóre dobra i usługi (technologie medyczne) za zbędne, a nawet szkodliwe, a mimo to występuje na nie zapotrzebowanie. Stąd na rysunku 2 pojawia się obszar zapotrzebowania niepokrywającego się z zakresem potrzeb zdrowotnych (typowym przykładem jest homeopatia, czy tzw. medycyna alternatywna, odrzucana przez większość profesjonalistów medycznych). W tej grupie znajduje się również część nadużywanych świadczeń, takich jak kolejne wizyty u lekarzy specjalistów (np. w celu „upewnienia się" co do stanu zdrowia), turnusy sanatoryjne czy elektywne cesarskie cięcia podczas porodu, na które jest zapotrzebowanie, choć potrzeby zdrowotne na to nie wskazują.

Zapotrzebowanie często jest błędnie utożsamiane z ***popytem.*** Jak wskazano wcześniej, popyt jest funkcją ilości dóbr i usług, jaką konsumenci faktycznie zakupują (a nie tylko pożądają), oraz ich ceny. Przy określonym popycie (nachyleniu krzywej popytu) *wielkość popytu* zależy najbardziej od ceny (kosztu ponoszonego przez konsumenta). Wielkość popytu jest przy tym wrażliwa (wykazuje *elastyczność*) na siłę nabywczą konsumenta. Jedynie przy cenie „zerowej" (i braku innych barier) można uznać, że wielkość *popytu* jest tożsama z wielkością *zapotrzebowania*. W innych wypadkach zapotrzebowanie przekracza popyt, ponieważ część zapotrzebowania nie zostanie zaspokojona z powodu bariery w postaci ceny. Relacje wszystkich trzech pojęć przedstawione zostały graficznie na rysunku 2.



Rys. 2. Relacja między zakresem oraz ilością potrzeb zdrowotnych, zapotrzebowaniem a popytem na usługi i dobra ochrony zdrowia.
Źródło: Opracowanie własne.

Potrzeby zdrowotne, za sprawą profesjonalistów medycznych, stanowią zatem podstawę określenia *zapotrzebowania* na usługi i dobra. Na etapie definiowania zapotrzebowania na usługi i dobra ujawniają się w największym stopniu zjawiska związane z tzw. ***nierównowagą informacyjną*** (*asymetric information*). Konsumenci (pacjenci) nie są w stanie samodzielnie określić, jakie usługi i dobra, w określonej sytuacji klinicznej, są im potrzebne i odbierają wskazówki profesjonalistów przez pryzmat swoich emocji (niepokoju, strachu) oraz doświadczeń i rekomendacji innych pacjentów. Stąd szczególna pozycja profesjonalistów medycznych – lekarzy, pielęgniarek i innych, którzy stają się profesjami zaufania publicznego, w których pokłada się nadzieje w niespotykanej w innych profesjach skali.

Profesjonaliści medyczni, głównie lekarze, obok roli głównego decydenta w sprawie potrzeb zdrowotnych oraz zapotrzebowania na dobra i usługi, są jednocześnie głównymi „producentami" usług zdrowotnych.

Stąd motywacje lekarzy stają się kluczowe w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

Powszechnie znane są doświadczenia wskazujące, że sposób finansowania usług zdrowotnych bezpośrednio znajduje odzwierciedlenie w ich konsumpcji. W wypadku finansowania w trybie ***opłat za usługę*** (*fee-for-service*) istnieje silna tendencja zwiększania liczby usług, natomiast w wypadku opłat ryczałtowych (np. kapitacji) lub wynagrodzeń w formie ***stałej pensji*** (*salaries*) istnieje tendencja do redukcji liczby udzielanych świadczeń. Stąd mówi się o zjawisku ***kreowania popytu przez podaż*** (*supply driven demand*), czyli zjawiska, kiedy o popycie na określone usługi nie decydują konsumenci (jak na większości rynków), a dostawcy tych usług.

W wypadku ochrony zdrowia dodatkowym czynnikiem wpływającym na mechanizm *równowagi rynkowej* jest występowanie, obok konsumentów i producentów, trzeciego uczestnika rynku – ***płatnika*** (*third party payer)*. Jeżeli w roli nabywcy dóbr i usług występuje płatnik, konsument-pacjent kieruje się wyłącznie własnym zapotrzebowaniem, a pomija w swoich decyzjach kwestię ceny świadczenia, ponieważ nie płaci za nie z własnej kieszeni. Konsument przyjmuje założenie, że skoro już zapłacił podatek i/lub składkę ubezpieczeniową, to przysługują mu odpowiednie prawa do dóbr i usług opieki zdrowotnej. Nie bierze przy tym pod uwagę wysokości sumy odprowadzonych podatków czy składek ubezpieczeniowych, a także kwot, jakie uiści płatnik za dostarczone dobra. W tej sytuacji konsumpcja świadczeń opieki zdrowotnej jest limitowana z góry jedynie obiektywnymi potrzebami zdrowotnymi, subiektywnymi odczuciami co do tych potrzeb i potencjalną niedogodnością związaną z daną usługą medyczną (np. ból związany z terapią). Tak dochodzi do zjawiska tzw. ***pokusy moralnej*** (*moral hazard*), polegającej na maksymalnym korzystaniu (do poziomu nadużycia włącznie) z usług, za które płaci ktoś inny[15]. Połączenie *nierównowagi informacyjnej*, *pokusy moralnej* i zjawiska *kreacji popytu przez podaż* prowadzi do znacznego wzrostu popytu na dobra i usługi zdrowotne, a – co za tym idzie – także wzrostu ich cen, o ile nie występują silne, systemowe mechanizmy ograniczające (*cost-containment*)[16].

---

[15] Hudges D., McGuire A., *Patients charges and utilisation of NHS prescription medicines*, Health Economics 1995; 4.

[16] Mossialos E., Le Grand J., *Health Care and Cost Containment in the European Union* (European Political Economy), Ashgate Pub Co., 1999.

Zapotrzebowanie na usługi i dobra ochrony zdrowia może zostać zaspokojone, jeśli te usługi i dobra zostaną nabyte u dostawców, a następnie wykorzystane przez pacjenta. W krajach rozwiniętych 70–90% wszystkich dóbr i usług w ochronie zdrowia nabywana jest przez płatników, a jedynie 10–30% bezpośrednio przez konsumentów. W idealnym wypadku, kiedy płatnik finansuje w całości wszystkie dobra i usługi, na które powstaje zapotrzebowanie, między *wielkością zapotrzebowania* a *wielkością popytu* nie ma różnic. Zapotrzebowanie definiowane przez konsumentów, z udziałem profesjonalistów, zostaje w pełni zaspokojone, ponieważ konsumenci nie redukują swoich oczekiwań i nie dostosowują ich do własnej siły nabywczej. W praktyce takie sytuacje są jednak bardzo rzadkie. Większość płatników ma świadomość zjawiska *pokusy moralnej* (*moral hazard*) i stosują narzędzia, które mają powodować ograniczenie zapotrzebowania.

Mechanizmy oddziaływania na konsumpcję polegają na tworzeniu określonych ***barier*** (*hurdles*)[17], które można podzielić na następujące kategorie:

— bariery finansowe, zmieniające wielkość popytu:
  - ***współpłacenie*** (*co-payment*) – mechanizm polega na finansowaniu przez pacjenta części kosztów (ceny) każdego świadczenia finansowanego przez płatnika;
  - ***udział własny*** (*deductible*) – mechanizm polega na finansowaniu przez pacjenta wszystkich kosztów świadczeń do określonego poziomu (np. 500 USD w danym okresie), po którym kolejne koszty przejmuje płatnik;
  - **zwrot kosztów poniesionych** – mechanizm polega na konieczności płacenia za usługę/dobro w miejscu jego uzyskania, a następnie na refundacji tych kosztów przez płatnika po pewnym czasie (zwykle częściowej, wtedy dołącza się mechanizm współpłacenia);

— bariery administracyjne, wpływające na sposób dostępu do dóbr i usług:
  - potrzeba uzyskania ***skierowania*** (*referral*s) – mechanizm znany z polskiej praktyki uzyskiwania skierowania, np. od lekarza poz. W praktyce międzynarodowej skierowania wydawane są przez różne grupy profesjonalistów medycznych, przy czym podstawowa zasada polega na rozdzieleniu interesu ekonomicznego osoby kierującej od osoby/placówki, do której pacjent jest kierowany;
  - potrzeba uzyskania ***wstępnej zgody*** płatnika (*prior authorisation*) – mechanizm polegający na uzyskiwaniu zgody na podjęcie określonej terapii wydawanej przez profesjonalistę reprezentującego płatnika. Mechanizm taki działa nawet na poziomie europejskim, w procedurze uzyskiwania zgody na zagraniczne leczenia szpitalne[18];
  - potrzeba uzyskania ***drugiej opinii*** (*second opinion*) – mechanizm polegający na konieczności zasięgnięcia opinii innego profesjonalisty, zwykle lekarza danej dziedziny, czasem konsylium lekarzy, przed dostarczeniem określonej, najczęściej kosztownej, usługi;
  - konieczność ***oczekiwania na liście oczekujących*** (*waiting list*) – mechanizm polegający na regulowaniu kolejności dostępu do usług (dóbr) przez wpisywanie na listy oczekujących i wyznaczanie terminu uzyskania usługi w przyszłości. Obok funkcji porządkowych i wspomagania transparentości, co jest akcentowane w Polsce, listy oczekujących mają pozwalać na refleksję, czy danego rodzaju świadczenie jest rzeczywiście konieczne.

---

[17] Wörz, M., Foubister, T., Busse, R., Mossialos, E., & et al. 2006, *Mapping Health Services Access - National and Cross-border Issues* (HealthACCESS), Final Report, (www.ehma.org) (Data wejścia: 12.2006).

[18] Rozporządzenia Wspólnoty i Parlamentu nr 1408/71 oraz 574/72 oraz ich nowelizacje.

Na bariery tworzone celowo nakładają się bariery naturalne, które płatnicy, w szczególności publiczni, zwykle starają się redukować, uznając, że tego wymaga uznana zasada sprawiedliwości i solidaryzmu społecznego. Maja one charakter barier geograficznych, kulturowych, informacyjnych czy językowych. Świadomość ich istnienia jest istotna, ponieważ można starać się je redukować lub nie podejmować wysiłków tego rodzaju, pozostawiając określone populacje w sytuacji „naturalnie upośledzonej” (*unprivileged populations*).

W niektórych sytuacjach, szczególnie w systemach posługujących się mechanizmem świadczeń rzeczowych, popyt ze strony płatnika, oprócz tego, że niższy od zapotrzebowania konsumentów, dodatkowo może być nieco inaczej adresowany, tzn. może nie pokrywać się rodzajowo z zapotrzebowaniem. Skutkuje to tym, że zakupione przez płatników usługi i dobra nie są wykorzystywane (np. niewykorzystany czas „gotowości” oddziałów intensywnej opieki, niewykorzystane możliwości badań profilaktycznych). W innych sytuacjach pacjenci bywają „niekonsekwentni” w swoim zapotrzebowaniu; zarzucają kontynuowanie terapii z własnej woli, wbrew zaleceniom i gotowości ich finansowania przez płatnika. Zjawisko to, opisywane jako ***podatność na terapię*** (*compliance)* a właściwie jej brak, szczególnie często opisywane jest w odniesieniu do przyjmowania leków. W obu sytuacjach, mimo że pacjenci/konsumenci nie zgłaszają wystarczającego zapotrzebowania, płatnicy, w celu osiągnięcia określonych rezultatów zdrowotnych, zgłaszają popyt na usługi i dobra oraz stosują różne mechanizmy zachęcające lub wymuszające konsumpcję.

2. Wartość dodana w ochronie zdrowia

Sensem jakiegokolwiek wysiłku jest uzyskanie wartości dodanej, rozumianej jako przyrost wartości dóbr (i usług), w stosunku do wartości wykorzystanych zasobów. Źródłem wartości dodanej jest praca, która wykorzystuje istniejący kapitał. W działalności gospodarczej wartość dodana stanowi różnicę między całkowitym przychodem ze sprzedaży a całkowitymi kosztami zasobów zużytych do jego osiągnięcia. Z punktu widzenia społeczeństwa wartość dodana to różnica między osiągniętym wynikiem a zużytymi zasobami. O jaką wartość chodzi w ochronie zdrowia?

Wydaje się, wskazanie na *życie*, jako nadrzędną wartość[19], stanowiącą cel działania całego systemu ochrony zdrowia będzie dobrym punktem wyjścia; co do zasady więcej warte jest np. 10 lat życia niż 3 lata życia. Życie również może być (potencjalnie) pełniejsze, „szczęśliwsze” i lepsze, w zależności od tego czy *zdrowie*[20] jest „pełne” czy „niepełne”. W ten sposób, wartość życia dla danej osoby może być różna[21], w zależności od tego, czy jest ona w stanie wykorzystać w pełni jego potencjał. Można z dużą pewnością założyć, że 10 lat życia w pełnym zdrowiu jest dla danej osoby cenniejsze niż 10 lat życia w zdrowiu upośledzonym[22]. Różnica między jednym a drugim odzwierciedlana jest ceną, jaką ludzie (i społeczeństwa) skłonni są zapłacić za życie w zdrowiu. W ten sposób na jednej szali znajduje się *czas życia* (z uwzględnieniem zdrowia) na drugiej natomiast zasoby, którymi dysponują poszczególne

---

[19] Rand, Ayn (1964). The Virtue of Selfishness (paperback ed.). New York: Signet. ISBN 0-451-16393-1

[20] Zdrowie, w ujęciu definicji WHO, czyli nie tylko brak choroby, ale dobrostan fizyczny i psychiczny, oraz społeczny.

[21] Po uwzględnieniu różnice preferencji, o których mówił Goodin RE, w *Laundering preferences*, w Foundation of social choice theory, Cambridge, Cambrige University Press, 1986

[22] Murray C, Lopez, A, Globalne obciążenie chorobami, CSIOZ, Warszawa – Kraków, 2000

osoby i społeczeństwo, a które to mogą być przeznaczone na ratowanie życia i poprawę zdrowia. Ponieważ ochrona zdrowia posługuje się w większości zasobami przetworzonymi, zatem na tej szali znajduje się również życie oraz jednostka miary w postaci czasu trwania życia, które poszczególne osoby i całe społeczeństwo poświęcają na pracę, by uzyskać zasoby, które następnie poświęcane są przedłużanie ich życia.

Tworzenie wartości dodanej w opiece zdrowotnej zatem polega na osiąganiu maksymalnej wielkości miar czasu życia, skorygowanego stanem zdrowia, z wykorzystaniem możliwie najmniejszych zasobów (w tym, czasu życia poświęconego na pracę). We współczesnym systemie ochrony zdrowia, osiągnięcie wartości dodanej w postaci przedłużenia życia i poprawy stanu zdrowia, wymaga wielu czynności i elementów opieki tworzących ***łańcuch wartości*** onej (*value chain*).

Niewiele jest takich interwencji medycznych, które, w izolacji od kontekstu i innych interwencji, stanowią wartość dla pacjenta. Na przykład samo zdiagnozowanie nowotworu piersi nie wnosi jeszcze wartości, o którą zabiegamy. Wykrycie nowotworu musi bowiem skutkować kolejnymi interwencjami w postaci np. określenia szczegółowej lokalizacji, stopnia zaawansowania, wdrożenia odpowiedniej często złożonej, terapii. Na końcu, w celu ustabilizowania stanu pacjenta, konieczne są pewne wysiłki o charakterze wsparcia psychologicznego wraz z ewentualnymi zabiegami plastycznymi. Innym przykładem jest leczenie chorób przewlekłych, takich jak cukrzyca. Wczesne zdiagnozowanie, jest ważne ale niewystarczające. W kolejnych etapach trzeba doprowadzić do wdrożenia terapii, która ustabilizuje stan pacjenta, doprowadzi do wyrównania poziomu cukru we krwi, odpowiedniej reakcji komórek organizmu chorego, które będą otrzymywać niezbędne dostawy glukozy do procesów metabolicznych. Aby to osiągnąć, trzeba jednocześnie dokonać znacznego wysiłku edukowania pacjenta co do dalszego trybu życia, kontroli glikemii, w tym właściwego stosowania leków. Porażka w edukacji pacjenta oznaczać będzie okresowe zaostrzenia (hipo-, hiperglikemie) choroby, prowadząc do szybszej (suboptymalnej) degradacji organów cukrzyka.

Koncepcję *łańcucha wartości* w opiece zdrowotnej opisał Porter[23] (2006), posługując się schematem przedstawionym na rysunku poniżej (Rys. 3.). Koncepcja ta zakłada, że osoba podlegająca opiece danej placówki (organizacji) jest poddawana obserwacji pozwalającej wcześnie wykryć zagrożenia zdrowotne (**monitorowanie/prewencja**). W wypadku pojawienia się objawów choroby, kluczowy jest odpowiedni dobór badań, powiązanie go z informacjami znanymi z przeszłości, odpowiednia interpretacja wyników, a w razie potrzeby – wykorzystanie ekspertów w danej dziedzinie; etap kończy się określeniem planu leczenia. Kolejne etapy to **przygotowanie do interwencji**, sama **interwencja**, po której następuje faza **zdrowienia i rehabilitacji**, aby na końcu przejść do fazy nadzoru nad pacjentem po chorobie (*follow-up*). Na tym etapie kluczowe jest zmotywowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń, w tym konsekwentnego stosowania leków.

Koncepcja *łańcucha wartości* nie jest więc niczym nowym; znana jest w medycynie, choć niekoniecznie tak nazywana. Częściej formułowaną ją jako koncepcję *ciągłej opieki (continuous care)*, realizującą ideał medycyny holistycznej. W formie *łańcucha wartości* pozostaje jednak bliższa pojęciom ekonomicznym, których używa się w dyskusjach na temat zarządzania organizacjami.

[23] Porter M, Olmsted Teisberg E., *Redefining health care, Creating Value – Based Competition on Results*, Harvard Business School Press, 2006.

Budowanie zasobów wiedzy	(Obserwacja rezultatów, szkolenie personelu, rozwój technologii, poprawa procesów)				
Informowanie	(Edukacja pacjentów, poradnictwo, szkolenia ws. compliance)				
Pomiary	(Badania laboratoryjne, obrazowe, zarządzanie dokumentacją pacjenta)				
Udostępnianie	(Wizyty lekarskie, badania laboratoryjne, przyjęcia do szpitala, transport, wizyty pielęgniarskie, konsultacje na odległość)				
Monitorowanie/ Prewencja – wywiad lekarski – badania przesiewowe – identyfikacja czynników ryzyka – programy prewencji	**Rozpoznawanie** – wywiad lekarski – określanie i organizacja badań – interpretacja wyników – konsultacje z ekspertami – określanie planu leczenia	**Przygotowania do interwencji** – wybór zespołu – przygotowanie przed interwencją – wstępne badania – czynności wstępne	**Zastosowanie interwencji** – przepisanie i zastosowanie leków – wykonanie procedur – wykonanie konsultacji	**Zdrowienie/ Rehabilitacja** – opieka szpitalna – rehabilitacja stacj. i ambulat. – korygowanie terapii – przygotowanie zakończenia	**Monitorowanie/ zarządzanie** – Monitorowanie i zarządzanie stanem pacjenta – Monitorowanie compliance i terapii – Monitorowanie zmiany stylu życia

Zakres korzyści dla dostawcy

Wartość dla pacjenta

Rys. 3. Łańcuch wartości w systemie udzielania usług zdrowotnych w opiece koordynowanej.
Źródło: Porter (2006).

Aby koncepcję *ciągłej opieki* lub *łańcucha wartości* wprowadzić w życie, konieczne jest odpowiednie zorganizowanie procesów diagnostyczno-leczniczych. Aktualnie trudno zakładać, żeby wszystkie lub znaczną część elementów łańcucha wartości realizował pojedynczy lekarz.

Zatem współpraca wielu profesjonalistów lub wielu placówek medycznych, spajana wspólnym interesem ekonomicznym, pozostaje zagadnieniem kluczowym w konstruowaniu *łańcucha wartości* w ochronie zdrowia.

Na bazie tej konstatacji rozwinęły się koncepcje *zarządzania chorobą* (*disease management*) i *koordynacji procesów leczenia (care coordination)*, których najważniejsze założenia to:

— ***skoncentrowanie się na kliencie/pacjencie*** a nie *na produkcie*. Skoncentrowanie się na produkcie jest właściwe w wypadku wielkoseryjnej produkcji ujednoliconych jednostek produktu (np. leków, urządzeń medycznych), które produkowane są, co prawda, z myślą o pacjentach, ale w oderwaniu od konkretnej osoby. Przedsiębiorstwa produkujące leki, koncentrują się na jakości produkcji i jej kosztach, m.in. po to, aby móc uzyskać wyższe marże ze sprzedaży. Leki stanowią jednak jedynie część *łańcucha wartości*; poza tym, że lek zostaje wyprodukowany, trzeba go jeszcze dostarczyć na miejsce, gdzie stanie się dostępny dla pacjenta; odpowiednia osoba (lekarz) musi dokonać oceny stanu zdrowia chorego (diagnozy) oraz ordynacji leków, czyli musi połączyć cechy leku z cechami pacjenta; ktoś musi również zadbać o to, aby lek był przez pacjenta właściwie zażywany. Dopiero zestawienie tych czynności (zapewne nie jest to kompletna lista) tworzy wartość, o jaką nam chodzi. Stąd pojęcie ***skoncentrowania się na pacjencie*** nie jest jedynie ideologiczną lub marketingową deklaracją, a staje się praktycznym zadaniem dostarczenia maksymalnej *wartości dodanej* stworzonej z wykorzystanych w tym procesie zasobów;

— potrzeba opracowania (uzgodnienia) pożądanej ***wartości i celów***, do których dążymy w interwencjach zdrowotnych. W skutecznym osiąganiu celów niezbędne jest ich ***określenie***. Dotyczy to zarówno ogólnego poziomu zarządzania systemem ochrony zdrowia, jak i poziomu *zarządzania* zdrowiem danej populacji lub osoby (w jej epizodzie chorobowym). Cele adresowane do populacji lub poszczególnych pacjentów należy definiować na bieżąco oraz poddawać ich realizację monitorowaniu; etap ten stanowi jeden z podstawowych elementów procesu zarządzania. Cele systemu opieki zdrowotnej zostały omówione w rozdziale 1;

- potrzeba skierowania uwagi profesjonalistów na ***osiąganie celów*** *i* ***kreowanie wartości***. W służących temu procesach istnieje zazwyczaj potrzeba angażowania wielu podmiotów/ogniw. Podział zadań i ról w procesach tego rodzaju jest rzeczą naturalną i nie można twierdzić, że poszczególne podmioty (szpital lub grupa lekarzy) są w stanie wypełnić wszystkie elementy *łańcucha wartości*. Dlatego występuje potrzeba określenia ***koordynatora opieki*** oraz rozwiązania kwestii relacji, również finansowych, między podmiotami i osobami uczestniczącymi w tym procesie;
- konieczność traktowania pacjenta (klienta/obywatela) jako ***partnera***, ***współodpowiedzialnego*** za kreowaną wartość w formie zdrowia. Doktryna zdrowia publicznego uznaje, że opieka zdrowotna stanowi tylko niewielką część czynników wpływających na *osiągnięcie* lub *utratę* zdrowia. Wiele, a nawet większość tych czynników zależy od samego pacjenta. Mechanizm jest znany: po pierwsze styl życia, świadome unikanie zagrożeń zdrowotnych; po drugie aktywne i świadome uczestnictwo w zapobieganiu chorobom, ich wczesnym wykrywaniu oraz skutecznej terapii; po trzecie dobra współpraca na etapie rekonwalescencji i powrotu do zdrowia. Jeżeli pacjenci są (a w każdym razie mogą być) wyedukowani, jeśli nie występują istotne problemy w komunikacji (telefon, Internet), a jednocześnie gwałtownie rosną potrzeby zdrowotne (głównie z powodów demograficznych), których nie da się łatwo zaspokoić z powodu braku pieniędzy lub personelu, istotną rzeczą pozostaje pełne zaangażowanie pacjenta w proces utrzymania i poprawy jego zdrowia;
- osiąganie stałego postępu przez wdrażanie ***innowacyjności technologicznej*** oraz ***organizacyjnej***. Medycyna jest obszarem, w którym postęp technologiczny jest szczególnie szybki. Nie wszystkie nowości technologiczne są warte zainteresowania, tym niemniej otwartość na nowości w tym zakresie może znacznie poprawić skuteczność i efektywność poszczególnych interwencji i całego systemu. Do wykorzystania potencjału innowacji technologicznej, potrzebne są:
  1) otwartość na zmianę i nowe koncepcje, w tym tolerancja polityczna,
  2) nastawienie na inwestowanie w przyszłość,
  3) akceptacja przedsiębiorczości w ochronie zdrowia,
  4) skłonność do odnowy i weryfikacji rozwiązań organizacyjnych.

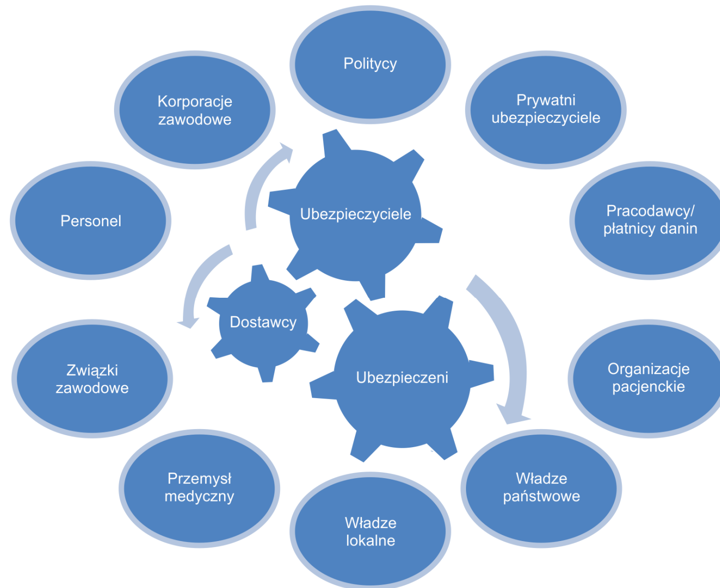
  W parze z innowacyjnością technologiczną powinna iść *innowacyjność organizacyjna*, czyli stałe ulepszanie działania organizacji, adekwatne do nowych potrzeb i nowych możliwości.

Na gruncie tych zasad od wielu lat powstają rozwiązania organizacyjne, które mają prowadzić do coraz większej skuteczności i efektywności systemu ochrony zdrowia. Wspólnym mianownikiem tych rozwiązań jest koncepcja ***koordynacji opieki***, często z jednoczesną, funkcjonalną lub organizacyjną, ***integracją opieki*** (*care integration*).

2.1. Kierunki oddziaływania bodźców w opiece zdrowotnej

Jak wskazywano w rozdziale 1, do najważniejszych zjawisk opisywanych przez ekonomię zdrowia należy zjawisko *kreacji popytu przez stronę podażową,* zjawisko *pokusy moralnej* oraz tendencji do *selekcji ryzyka* i tzw. *spijania śmietanki* przez ubezpieczyciela lub dostawcę usług. Koszmarem sennym większości polityków zdrowotnych na świecie jest sytuacja, kiedy zabezpieczenie (ubezpieczenie) zdrowotne praktycznie dostępne jest wyłącznie dla osób zamożnych i zdrowych, a osoby ubezpieczone nadużywają świadczeń opieki zdrowotnej w przekonaniu, że jeżeli już za nie zapłaciły (w formie składki ubezpie-

czeniowej), to powinny z nich korzystać, a dostawcy usług (świadczeniodawcy) zachęcają je do tego. Prowadzi to do naturalnego podwyższania kosztów ubezpieczenia, a przy okazji także wzrostu częstości zdarzeń niepożądanych, ponieważ każda interwencja medyczna niesie ryzyko powstania takowych. Ubezpieczyciele, pod presją kosztów, starają się eliminować ryzyko, „zachęcając" np. *bardziej chorych* klientów do rezygnacji z polisy, a przenosząc koszty nadużywania usług na poziom składki, powodują stopniową eliminację z grona ubezpieczonych osoby najuboższe, także „najuboższe spośród zamożnych".



Rys. 3. Interesariusze systemu ochrony zdrowia.
Źródło: opracowanie własne.

Na drugim biegunie funkcjonuje obraz idealnego systemu, w którym wszyscy mają jednakowe i wszechstronne zabezpieczenie na wypadek zachorowania, korzystają z tego uprawnienia wyłącznie w sytuacji rzeczywistej potrzeby i tylko w niezbędnym zakresie, ograniczając przy tym prawdopodobieństwo efektów ubocznych interwencji medycznych, przez co zużywają umiarkowaną ilość całkowitych zasobów. W takim systemie dostawcy usług zdrowotnych uważnie dobierają metody diagnostyki i terapii, w taki sposób, aby osiągnąć najlepszy możliwy efekt z możliwie najmniejszym zużyciem zasobów, a przy tym okazują pacjentom serdeczność i empatię, tak potrzebną w chorobie.

Projektując rozwiązania systemu ochrony zdrowia politycy i eksperci powinni rozważyć m.in. paletę możliwych bodźców, jakie powinny oddziaływać na poszczególnych partnerów w systemie w ten sposób, aby w efekcie końcowym system opieki zdrowotnej bardziej przypominał ten *idealny*, niż wspomniany *koszmar*.

Można uznać, że interakcje w systemie ochrony zdrowia zachodzą głównie między trzema grupami uczestników (aktorów): ubezpieczonych, dostawców (dóbr i usług) i ubezpieczycieli. Do tego dochodzi duża grupa uczestników, których określić można uczestnikami *szerokiego planu*. Należą do nich m.in. reprezentanci poszczególnych grup dostawców

(np. związki zawodowe, związki pracodawców ochrony zdrowia), różne organy regulacyjne i kontrolne, reprezentanci pacjentów oraz pracodawców/płatników składek itp. Poszczególne strony tej struktury mają własne interesy, bardziej lub mniej uświadomione i zwykle nie do końca szczerze komunikowane.

Można przypuszczać, że wśród wąskiego kręgu aktorów systemu opieki zdrowotnej występują następujące oczekiwania:

— ubezpieczony/pacjent – oczekuje niskich obciążeń finansowych i nieograniczonego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, rozumianego jako brak odczuwalnych barier dostępu w momencie wystąpienia zapotrzebowania na określoną usługę. Pacjent oczekuje zainteresowania swoją osobą i swoim problemem ze strony systemu, a jednocześnie prawa do autonomii decyzji, z której to autonomii zresztą często autonomicznie rezygnuje. Pacjent raczej niechętnie przejmuje na siebie jakiekolwiek obowiązki, w szczególności obowiązki dbania o własne zdrowie, jednocześnie oczekując, że stan jego zdrowia zostanie poprawiony szybko i sprawnie, podobnie jak się to dzieje z urządzeniami technicznymi;
— ubezpieczyciel (*płatnik trzeciej strony*) – oczekuje spokojnego wykonywania swoich obowiązków, wśród społecznego szacunku oraz adekwatnej finansowej gratyfikacji. Jeśli ubezpieczycielem jest podmiot komercyjny, dąży do maksymalizacji zysku lub, coraz częściej, maksymalizacji wartości przedsiębiorstwa (*enterprise value*). Podmiot niekomercyjny (instytucje zabezpieczenia społecznego lub ubezpieczeń wzajemnych, TUW) stara się spełniać oczekiwania założycieli, ograniczać ryzyko i własny wysiłek;
— dostawcy dóbr i usług – oczekują korzystnej sprzedaży swoich produktów/usług. Starają się w szczególności uzyskać najwyższe ceny, sprzedawać je w maksymalnych ilościach konsumentom (pacjentom), których oczekiwania nie będą powodować istotnych trudności. Celem dostawców komercyjnych będzie maksymalizacja zysku lub wartości przedsiębiorstwa, natomiast podmioty niekomercyjne będą spełniać oczekiwania otoczenia wewnętrznego – właścicieli oraz pracowników.

Uproszczony schemat układu interesariuszy, przedstawiony na rysunku 4, który na etapie projektowania *idealnego* systemu opieki zdrowotnej, powinien zostać pogłębiony. W wyniku tej analizy należy zaprojektować system bodźców, które spowodują, że kluczowi aktorzy systemu będą zachowywać się przewidywalnie i zgodnie z celami systemu. Jeżeli zatem cele będą w zarysie podobne do tych, jakie zostały nakreślone w rozdziale 1, system bodźców w odniesieniu do ubezpieczonych, w tym również pacjentów, powinien osiągnąć następujące założenia:

— ***ubezpieczeni/pacjenci*** powinni łożyć na utrzymanie systemu ochrony zdrowia adekwatne kwoty, sprawiedliwe w odczuciu społecznym, uwzględniające stan zdrowia, zamożność, oczekiwania dotyczące konsumpcji itp. Zadania związane z tym zagadnieniem to:
    - określenie sprawiedliwej wielkości składki zdrowotnej lub jej ekwiwalentu oraz mechanizmu jej gromadzenia;
    - określenie zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela (koszyk świadczeń) w odniesieniu do poszczególnych grup ubezpieczonych i ewentualne zróżnicowanie ze względu na cechy danej osoby (wyłączenie ryzyka określonego rodzaju, dodatkowe obowiązki ubezpieczyciela wobec określonych osób, np. kobiet w ciąży, dzieci);
    - określenie akceptowalnej finansowej odpowiedzialności indywidualnej pacjenta w momencie korzystania z usług i dóbr (np. współpłacenie);

— ***ubezpieczeni/pacjenci*** powinni wykazywać niezbędny poziom dbałości o zdrowie oraz uczestniczyć w koniecznym zakresie czynności prozdrowotnych/profilaktycznych. W tej dziedzinie zadaniem systemu jest zaprojektowanie zestawu nagród oraz restrykcji za pozytywne lub negatywne postawy wobec optymalnego schematu zachowań:
  - wypracowanie mechanizmu identyfikowania osób prowadzących niezdrowy tryb życia;
  - wypracowanie mechanizmów i narzędzi oddziaływania na ww. osoby;
  - identyfikowanie niezbędnego zakresu działań profilaktycznych oraz grup (dyspanseryjnych) poddanych tym działaniom;
  - wypracowanie skutecznych narzędzi docierania do ww. osób i egzekwowania od nich adekwatnego poziomu partycypacji.

— ***ubezpieczeni/pacjenci*** powinni korzystać ze świadczeń zdrowotnych z umiarem, tylko w sytuacjach rzeczywistej konieczności, ale jednocześnie nie powinni opóźniać kontaktów z lekarzami, co mogłoby prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia i rokowań w procesie leczenia. To zagadnienie jest szczególnie trudne do technicznego przeprowadzenia, ponieważ z jednej strony ma ono prowadzić do zmniejszenia korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej zaś do korzystania z nich w ważnych okolicznościach, co do których pacjent najczęściej jest słabo poinformowany. W tej dziedzinie zadaniem systemu jest:
  - zaprojektowanie mechanizmów powstrzymujących pacjentów od nadużywania świadczeń w formie planowo zarządzanych barier (*hurdles*);
  - zaprojektowanie mechanizmów elastycznego, a jednocześnie sprawiedliwego zniesienia ww. barier w określonych sytuacjach (np. zwolnienie ze współpłacenia, refundacje współpłacenia, priorytety na listach oczekujących itp.);
  - opracowanie mechanizmów selekcji istotnych zagrożeń zdrowia spośród wielu zgłoszeń, jakie organizacje ochrony zdrowia codziennie odnotowują;
  - opracowanie mechanizmów redukowania zbędnych interwencji na nieadekwatnie wysokim poziomie opieki (np. redukowanie zbędnych wizyt lekarskich, jeśli istnieje możliwość realizacji interwencji telefonicznie lub interwencji pielęgniarki; redukowanie zbędnych hospitalizacji, jeśli istnieje możliwość uzyskania podobnego efektu w wyniku leczenia ambulatoryjnego itp.);

— ***ubezpieczeni/pacjenci*** powinni współpracować z profesjonalistami pracującymi w systemie ochrony zdrowia, dążąc do maksymalnego wykorzystania zastosowanych terapii oraz utrzymania maksymalnej samodzielności. Zagadnienie to wymaga:
  - określenia kryteriów jakości procesu terapii, w szczególności w odniesieniu do chorób przewlekłych, w których rola współpracy pacjenta i tzw. *compliance* jest największa;
  - opracowanie mechanizmów identyfikacji osób i przypadków słabej współpracy, zagrażających efektowi terapeutycznemu;
  - opracowanie mechanizmów zachęcania do poprawy współpracy i samodzielności pacjentów w procesach terapeutycznych.

Odrębny system bodźców, choć służący temu samemu zestawowi celów, powinien zostać zastosowany do ***ubezpieczycieli***. W tym wypadku projektowane bodźce powinny prowadzić do:

— pełnego objęcia populacji ubezpieczeniem zdrowotnym. Ubezpieczyciele powinni być zobowiązani i zainteresowani objęciem swoim działaniem wszystkich uprawnionych osób, bez względu na ich zamożność oraz stan zdrowia. W tym celu konieczne jest:

- zapewnienie mechanizmu identyfikacji osób uprawnionych do korzystania z ubezpieczenia (płatnicy składki i inne osoby uprawnione) oraz jej bieżącej weryfikacji;
- wytworzenie mechanizmu przepływów finansowych adekwatnych/proporcjonalnych do ryzyka zdrowotnego, wnoszonego do puli ubezpieczeniowej przez daną osobę (osobę prezentującą określone cechy);
- identyfikacji praktyk *selekcji ryzyka* i *spijania śmietanki* oraz wytworzenia mechanizmów ich zwalczania;
- zapewnienia ubezpieczonym sprawiedliwego i adekwatnego dostępu do świadczeń. W tym celu istotne jest:
- zdefiniowanie *koszyka świadczeń* wynikającego z faktu ubezpieczenia, w sposób możliwy do weryfikacji i egzekucji;
- wytworzenia mechanizmów i narzędzi monitorowania dostępu do świadczeń w uzgodnionym znaczeniu tego pojęcia (np. w określonym czasie, określonym koszcie, itp.);
- wytworzenie mechanizmów transparentnej informacji i uczciwej dyskusji na temat pojawiających się różnic, niedoborów lub nieprawidłowości w dostępie do świadczeń;
- wytworzenie mechanizmu rozstrzygania sporów pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w zakresie dostępu do świadczeń;

— zapewnienie stałej poprawy jakości świadczeń w sensie jakości medycznej oraz satysfakcji pacjenta. W tym celu należy:
  - uzgodnić parametry jakości (w sensie jakości struktury, procesu i wyniku), które powinien osiągać każdy z ubezpieczycieli;
  - monitorować i porównywać parametry jakości między ubezpieczycielami;
  - wytworzyć mechanizm nagradzania za skuteczną poprawę jakości;
  - dokonywać okresowych weryfikacji parametrów jakości adekwatnie do zmian technologii oraz praktyki medycznej.

Trzecią grupę uczestników systemu opieki zdrowotnej stanowią ***dostawcy dóbr i usług***. Biorąc pod uwagę przykładowe cele systemu, omówione w rozdziale 1, dostawcy dóbr i usług powinni być motywowani do:

— dostarczania wysokiej i stale rosnącej jakości dóbr i usług, wnoszących najwyższą możliwą wartość z punktu widzenia klienta/pacjenta. W tym celu projektowane działania powinny prowadzić do:
  - uzgodnienia parametrów jakości (w sensie jakości struktury, procesu i wyniku), które powinien osiągać każdy z dostawców;
  - monitorować i porównywać parametry jakości między dostawcami;
  - wytworzyć mechanizm nagradzania za skuteczną poprawę jakości;
  - dokonywać okresowych weryfikacji parametrów jakości adekwatnie do zmian technologii oraz praktyki medycznej;

— dokonywania właściwego doboru interwencji zdrowotnych z punktu widzenia skuteczności klinicznej, efektywności kosztowej oraz akceptowalności pacjentów. W tym celu istotne jest:
  - opracowanie narzędzi określania punktów odniesienia w definiowaniu skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej w formie wytycznych postępowania, referencyjnych wskaźników jakości, skuteczności i efektywności terapii;
  - wdrożenie mechanizmów praktycznego zastosowania kryteriów skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej w bieżącym zarządzaniu procesem dostarczania świadczeń;

- opracowanie mechanizmów nagradzania za optymalizację procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

Powyższa lista preferowanych zachowań głównych uczestników systemu nie jest zapewne kompletna. W kontekście celów omawianych w rozdziale 1 należałoby jeszcze zwrócić uwagę na *sprawiedliwość* dostępu do świadczeń, w szczególności identyfikując sytuacje, kiedy niższa pozycja społeczna, niższe wykształcenie i życiowa zaradność, czy też niższa zamożność upośledzają dostęp do świadczeń.

Uzyskanie tych i innych zamierzonych efektów wymaga wdrożenia bodźców różnego rodzaju, zarówno regulacyjnych, jak i finansowych, skierowanych do poszczególnych uczestników systemu, a także informacyjnych (edukacyjnych). Niektóre ze sposobów oddziaływania zostały zaprezentowane w kolejnych rozdziałach opracowania.

3. Historia koncepcji opieki kierowanej

Termin *opieka koordynowana* lub *kierowana* (OK) (*managed care, MC*) stosowany jest do określonej, choć zróżnicowanej formy organizacyjnej udzielania świadczeń zdrowotnych, łączącej cechy świadczeniodawców (zwykle sieci lekarzy i placówek medycznych) oraz ubezpieczycieli. Zgodnie z definicją *National Library of Medicine*[24] opieka kierowana to zestaw działań:

> „. mających na celu osiągnięcie wysokiego poziomu ochrony zdrowia przy ograniczeniu zbędnych kosztów opieki zdrowotnej poprzez szereg mechanizmów, w tym: zachęt ekonomicznych dla lekarzy i pacjentów motywujących do wyboru optymalnych form opieki, mechanizmy oceny medycznej konieczności dostarczania wybranych usług, wyważenia podziału kosztów ponoszonych przez beneficjenta, kontrole przyjęć szpitalnych i długości pobytu; ustanowienie zachęt do prowadzenia zabiegów w trybie ambulatoryjnym, selektywne kontraktowanie dostawców usług opieki zdrowotnej i intensywne zarządzanie w wypadkach wysokich kosztów opieki zdrowotnej".

Opieka kierowana jest szeroko rozpowszechniona w Stanach Zjednoczonych, lecz jej elementy są stopniowo adaptowane przez inne kraje, głównie w Europie Zachodniej (Wielka Brytania, Hiszpania, Szwajcaria, Węgry), Australię oraz w Azji Południowo-Wschodniej. *Opieka kierowana* jest pojęciem obejmującym wiele różnych mechanizmów i w praktyce może się bardzo różnić w miejscach, gdzie jest stosowana. Pojęcie to nie oznacza jednorodnej formy zapewniania opieki i często przedmiotem dyskusji bywa, co już można nazwać *opieką kierowaną,* a co jeszcze lub już nie. W określeniu najważniejszych cech *opieki kierowanej* pomocne jest prześledzenie ewolucji koncepcji w kraju, w którym powstała.

3.1. Opieka koordynowana w USA

Za pierwsze kroki *opieki koordynowanej (OK)* uznaje się powstanie programu ochrony zdrowia o nazwie *Western Clinic w Tacoma, stan Washington* w roku 1910[25]. Pracownicy i właściciele

---

[24] edline Plus, National Library of Medicine, (www.nlm.nih.gov/medlineplus/managedcare.html) (data wejścia: 30.01.2011).

[25] Materiał ten był wcześniej opublikowany jako artykuł pt. Recepta wuja Sama, (aut. A. Kozierkiewicz), Menadżer Zdrowia, październik 2010.

działających tam tartaków zaczęli płacić po 50 centów na osobę miesięcznie, otrzymując w zamian dostęp do szerokiego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej. W kolejnych latach, w ponad 20 miejscach w stanach Oregon i Washington powstały podobne programy adresowane do lokalnych społeczności, związanych głównie z lokalnym przemysłem lub grupą zawodową.

Dwadzieścia lat później w Elk City, w stanie Oklahoma, powstał program zabezpieczenia medycznego społeczności farmerów. Każdy z farmerów złożył się na udziały w spółdzielni, która zbudowała szpital, w zamian za co farmerzy uzyskali zniżki w korzystaniu z jego usług. Ciekawe, że inicjator tego kroku, dr Shadid stracił członkostwo w lokalnym towarzystwie medycznym i licencję na prowadzenie praktyki medycznej. Dopiero po kolejnych 20 latach i wielu rozprawach sądowych, prawo to zostało mu przywrócone.

W 1929 roku Baylor Hospital w Terasie zaproponował 1500 nauczycielom dostęp do świadczeń na zasadzie *przedpłacenia* (*pre-paid*), co stało się początkiem systemu ubezpieczeniowego o nazwie Blue Cross. Stopniowo do programu zaczęli przystępować członkowie innych grup zawodowych oraz inne szpitale. W 1939 r. wiele stanowych towarzystw medycznych (lekarskich) zaczęło organizować sieci dostępu do usług lekarskich opłacanych na zasadzie *przedpłacenia;* w ten sposób powstał program Blue Shield. Te dwa filary *quasi-ubezpieczeń* stały się podstawą największego podmiotu ubezpieczeniowego w USA, działającego na zasadzie ubezpieczeń wzajemnych.

Początki *opieki kierowanej* wychodziły zatem od środowiska medycznego, lekarzy i szpitali, a nie przedsiębiorców mających pomysł na zarobek na usługach medycznych. Założenia *organizacji opieki kierowanej* (*managed care organisations*, MCO) od początku miały na celu oferować dostępną finansowo opiekę zdrowotną (w formie usług rzeczowych, *benefits in kind*), a placówkom medycznym (lekarzom i szpitalom) – zapewniać stabilne przychody. Paradoksalnie wielu przedstawicieli środowisk medycznych w USA było przeciwnych koncepcji MCO. W 1932 r. *American Medical Association* (AMA) zajęło bardzo stanowcze stanowisko przeciw MCO i innym formom opieki *przedpłaconej*. To stanowisko z kolei było sprowokowane pojawieniem się w tym czasie raportu pewnej wpływowej grupy lekarzy, dentystów, specjalistów zdrowia publicznego i konsumentów, pn. *Committee on the Cost of Medical Care*, która to grupa rekomendowała MCO jako dostępną finansowo i efektywną kosztowo formę zapewnienia opieki zdrowotnej. W opozycji do tego AMA wspierała ubezpieczenia zdrowotne działające na zasadzie *indemnity*[26]*,* czyli oparte na zasadzie zwrotu kosztów usług opłaconych przez pacjenta.

Okres przed II wojną światową i okres wojny to czas powstawania wielu organizacji opieki kierowanej, z których część działa do dzisiaj.

Należały do nich:

- Kaiser Permanente (1937) w Kaliforni, stworzona przez dr Sidney'a Garfielda na zapotrzebowanie rodziny przedsiębiorców Kaiser. Kaiser Permanente zapewniał opiekę medyczną robotnikom zatrudnionym przez przedsiębiorstwa Kaiserów.
- Group Health Association (GHA) (1937) w Waszyngtonie, stworzona jako organizacja wierzycieli banków (*Home Owners Loan Corpporation*) dla ochrony przed zjawiskiem niespłacania kredytów hipotecznych w sytuacji ponoszenia dużych wydatków na leczenie. GHA doświadczyła długoletniego procesu z Towarzystwem Medycznym Dystryktu Kolumbia, który ostatecznie został rozstrzygnięty na jej korzyść. W 1994 r. przejęta przez działająca dla zysku firmę Humana Health Plans.

---

[26] Współcześnie w Europie świadczenia takich ubezpieczeń określa się mianem świadczeń pieniężnych (*benefits in cash*).

— Health Insurance Pland (HIP) (1944 – dla obszaru metropolitalnego Nowego Jorku).
— Group Health Cooperative of Puget Sound, w Seattle, (1944), powstała z kontrybucji około 400 rodzin.

Wymienione organizacje działały w owym czasie najczęściej jako związki praktyk lekarskich, tzw. *prepaid group practice*, choć czasem również jako podmioty zatrudniające lekarzy na etatach (*staff-model)*. Towarzystwa medyczne zwykle stawały w opozycji do tych instytucji i swoich kolegów-lekarzy, którzy je zakładali, zarzucając im ograniczanie wolności prowadzenia praktyki lekarskiej. Jednak w związku z ich sukcesem rynkowym, z czasem same zaczęły się organizować w podobne formacje. W ten sposób powstały tzw. *independent practice association* (IPA), odmiana MCO oparta na związku samodzielnych praktyk. Jedną z pierwszych takich praktyk była fundacja *San Joaquin Medical Foundation,* której model biznesowy polegał na tym, że sprzedawała *przedpłacone pakiety* (w polskiej terminologii tzw. *abonamenty*), a następnie płaciła swoim członkom – praktykom lekarskim, opłaty za usługę (*fee-for-service*) wykonaną na rzecz pacjenta, dbając jednocześnie o jakość świadczeń przez system monitorowania jakości. W późniejszych latach model ten był powielany przez firmy działające dla zysku, niekoniecznie wychodzące ze środowiska medycznego.

Powolny rozwój rynku MCO w latach 60. XX w. został znacznie przyspieszony na początku lat 70. XX w. Stało się to w znacznym stopniu za sprawą dr Paul'a Ellwood'a, znanego reprezentanta ówczesnego „ruchu" MCO. Za prezydentury Lyndona Johnsona uczestniczył w tworzeniu „the Health Planning Act" (1966), a w kilka lat później, za prezydentury Richarda Nixona tworzył podwaliny pod „the HMO Act" (1973). Dyskusje, które doprowadziły do powstania tej ostatniej regulacji dotyczyły głównie kwestii nadmiernego wzrostu kosztów państwowego programu *Medicare*, który posługiwał się w owym czasie metodami finansowania opartymi na opłatach za usługę (*fee-for-service, FFS*). W tym czasie władze federalne doszły do wniosku, że finansowanie usług zdrowotnych na zasadach FFS prowadzi do nadkonsumpcji świadczeń opieki zdrowotnej, nadmiernego wzrostu obciążeń finansowych zarówno pracodawców, jak i samych pacjentów, natomiast często nie znajduje adekwatnego odzwierciedlenia w stanie zdrowia pacjentów. MCO zostały wtedy nazwane *Health Maintanance Organizations (HMO)*, ze względu na silny akcent położony na funkcje ochrony i zachowania dobrego stanu zdrowia. Konceptualnie HMO były stawiane w opozycji do działających *reaktywnie* komercyjnych ubezpieczeń i systemów działających na zasadzie *fee-for-serice* (FFS).

W propozycjach Ellwood'a *Medicare* miał kontraktować MCO na zasadach kapitacyjnych, zapewniając ubezpieczonym pełen pakiet usług. Ta koncepcja nie doszła do skutku aż do 1982 r., lecz „HMO Act" spowodował znaczny wzrost rynku MCO, głównie przez:
— umożliwienie korzystania z publicznych grantów i kredytów na rozwój;
— zniesienie regulacji stanowych, które ograniczały w niektórych Stanach działalność MCO;
— wymuszenie na średnich i dużych pracodawcach, oferujących ubezpieczenie zdrowotne swoim pracownikom, umożliwienie opcji HMO, tzn. możliwości realizacji ubezpieczenia przez plany MCO.

„The HMO Act" spowodował znaczny wzrost znaczenia MCO na rynku zapewniania opieki zdrowotnej w USA. Wraz z nim pojawiały się nowe tendencje rynkowe, czy to w ramach MCO czy też poza nim, również w komercyjnych firmach ubezpieczeniowych (tzw. *indemnity*). Do tendencji powstających w latach 70. i 80. XX w. należały:

— rozwój planów opieki opartych na sieci preferowanych świadczeniodawców (*prefered providers organizations*, PPO). PPO był odpowiedzią rynku na HMO, adresowaną do osób preferujących większą swobodę w korzystaniu z usług, w zamian za większą składkę. Jednocześnie PPO ograniczały sieć dostępnych świadczeniodawców, co oznaczało, że kierują strumień pacjentów do określonych świadczeniodawców, zapewniając im przychody, lecz w zamian za to wymagają rabatów oraz spełniania określonych wymogów organizacyjnych (np. skierowań, powrotu informacji do zlecającego, poddawaniu się monitorowaniu jakości);
— rozwój mechanizmów *kontroli korzystania* (*utilization review,* UR*)*, takich jak:
  - wsteczne analizy rachunków szpitalnych w celu identyfikowania ich przyczyn (od 1959, m.in. Blue Cross Western Pensylwania, czy Allegheny Country Medical Society Foundation);
  - autoryzacja przed zwykłymi (nie w trybie nagłym, *non-emergency*) przyjęciami do szpitali (od 1970, Medicare Kalifornia, ze stanowymi fundacjami towarzystw lekarskich);
  - systematyczne analizy zasadności wykonywania świadczeń (*appriopriateness in healthcare),* wprowadzone w 1972 na podstawie *Social Security Amendments*, wobec świadczeń dla pacjentów Medicare i Medicaid;
— zastosowanie mechanizmów ograniczających zbędne świadczenia w komercyjnych ubezpieczeniach:
  - *druga opinia* (*second opinion)* przed zabiegami planowymi;
  - tzw. *zarządzanie ciężkimi przypadkami medycznymi* (*large case management),* w wypadku wiązki urazów, pacjentów nowotworowych lub noworodków z niską masą urodzeniową;
— dostarczane wraz z ubezpieczeniem zdrowotnych przez pracodawców amerykańskich programy promocji zdrowia, prewencji i wczesnego wykrywania chorób (np. screeningi, okresowe oceny stanu zdrowia, udostępnienie sal gimnastycznych, czy wejściówek na fitness, edukacja zdrowotna (np. przeciwnikotynowa).

W kolejnych latach zaznaczyły się dalsze zmiany rynku MCO, które Konsgstvedt (2009) określa jako triada *innowacja-dojrzewanie-restrukturyzacja:*

1. Innowacja polegała głównie na powstawaniu nowych rozwiązań organizacyjnych i narzędzi zarządzania. Rozwiązania organizacyjne, jakie pojawiały się w latach 1985–2000 to np. *integrated delivery systems* (IDS), grupy świadczeniodawców – praktyk lekarskich i szpitali, które wspólnie przystępowały do kontraktów z ubezpieczycielami, w tym z MCO. IDS występowały w dwóch formach:
   — szpitali z lekarzami zatrudnionymi w formie umów o pracę,
   — konsorcjami szpitalno-lekarskimi (*physicians-hospital organisations*, PHO).

IDS oferowały usługi ubezpieczycielom, zdejmując z nich konieczność negocjowania z każdym ze świadczeniodawców z osobna i to stanowiło ich główną przewagę rynkową. Poza tym zwykle rozliczały się z ubezpieczycielami jak inni świadczeniodawcy, w oparciu o usługi (FFS) lub kapitację.

Obok IDS pojawiały się na rynku sieci świadczeniodawców oferujące pewien określony, wąski zakres opieki, np. opiekę psychiatryczną, opiekę nad cukrzykami lub pacjentami z chorobami serca. Te organizacje, tzw. *carve-out organisations* oferowały zintegrowaną opiekę, określaną jako *disease management* lub *case management.*

Wymienione rozwiązania nie okazały się trwałe; IDS z jednej strony zaczęły ewoluować w samodzielne MCO, z drugiej strony rozpadały się z powodu błędów zarządzania i niedostatecznych motywacji do utrzymania jedności. *Carve-out organizations*, choć dalej działają, często zostały wchłonięte w większe organizacje, m.in. po to, aby zapewnić lepszą współpracę z innymi niż *wykrojone* obszary medycyny.

2. Dojrzewanie systemów MCO objawiało się trzema zjawiskami:
   - stopniowym rozwojem *luźniejszych* od tradycyjnych HMO form świadczenia usług. *Health maintanance organizations* (HMO), choć również różnorodne, cechowały się ścisłym przestrzeganiem zasady korzystania z placówek znajdujących się w sieci danego HMO. W latach koniunktury gospodarczej, gdy klienci mogli pozwolić sobie na większe obciążenie kosztami leczenia, popularność zaczęły zdobywać formy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, które pozwalały na większa swobodę wyboru świadczeniodawcy. W ten sposób rozwinęła się formuła *preferred – provider organizations* (PPO), które nie ograniczały ściśle pacjenta, ale kosztowały więcej (w formie składek) oraz wymagały szerszych i większych dopłat (współpłacenia);
   - rozwojem zewnętrznych mechanizmów oceny jakości działania. Ponieważ kanonem ekonomii zdrowia jest konstatacja dotycząca ograniczonej informacji, którą dysponuje konsument, działalność regulacyjna oraz ewolucja rynkowa szła w kierunku wzmocnienia pacjenta/klienta w jego decyzjach związanych z wyborem usługodawcy. W ten sposób powstał *National Committee for Quality Assurance (NCQA),* pierwotnie jako organizacja powołana przez izbę gospodarczą MCO, z czasem zyskująca niezależność (nadzór prowadzony przez przedstawicieli pracodawców, związków zawodowych oraz organizacji konsumenckich). NCQA prowadził (i prowadzi) akredytację HMO, co czasem było wymagane przez pracodawców przed podjęciem przez nich kontraktów z firmami tego rodzaju. NCQA rozszerzył działalność na *carve-out organizations*, PPO i inne organizacje zapewniające opiekę zdrowotną. Najbardziej znanym dokonaniem NCQA jest *Health Care Effectiveness Data and Information Set (HEDIS).* Narzędzie to, w formie standardowego okresowego raportu, dostarczanego przez oceniane organizacje, stanowi źródło porównań wykorzystywane przez klientów (instytucjonalnych i indywidualnych), a także administrację publiczną w ocenie i podejmowaniu decyzji w zakresie nabywania pakietów w instytucjach MCO;
   - ewolucją mechanizmów zarządzania (kierowania) kosztami opieki zdrowotnej. Pierwotnie narzędzia te skupione były wyłącznie na lecznictwie szpitalnym, ponieważ stanowiło ono główną część kosztów wszystkich ubezpieczycieli zdrowotnych. Z czasem, kiedy lecznictwo szpitalne zmniejszyło swój udział w kosztach, zainteresowanie przesunęło się na refundację (dostarczanie) leków, diagnostykę i usługi ambulatoryjne. Ponieważ okazało się, że znaczna część wydatków związana jest z leczeniem niewielkiej liczby pacjentów z ciężkimi i przewlekłymi chorobami, rozwinęła się szczególnie koncepcja tzw. *disease management (DM),* oraz *case management (CM).*
3. Restrukturyzacja związana była z koniunkturą gospodarczą w USA w omawianym okresie (lata 90. XX w.). Koniunktura skłaniała do poszukiwania bardziej komfortowych i często droższych form opieki zdrowotnej. Jak wspomniano wcześniej zaznaczył się trend odwrotu od ścisłych HMO w kierunku PPO oraz *point-of-servise* (POS), które są jeszcze *luźniejsze* w sensie niskich ograniczeń korzystania z opieki zdrowotnej.

Trend rynkowy nie mógł pozostać bez odpowiedzi rynku usług zdrowotnych; w sytuacji gdy ścisłe modele HMO stawały się mniej popularne, firmy które je prowadziły zaczęły wprowadzać zmianę swojego działania i implementowały mechanizmy konkurentów. W ten sposób HMO kreowały produkty PPO i POS, a ponieważ generalnie rynek *managed care* wygrywał z rynkiem *indemnity,* tradycyjne firmy ubezpieczeniowe tworzyły produkty *managed care.*

Pozycja lekarzy w ramach HMO i PPO również ulegała zmianie; ze ścisłych związków w rodzaju *staff – model* lub *group model HMO* rynek ewoluował w kierunku *independent practice associations* (IPA), gdzie lekarze i ich grupowe praktyki pozostawały w luźnym związku z kilkoma MCO. Oczekiwania klientów zmieniały również poglądy na rolę lekarzy rodzinnych/poz (PCP). O ile w tradycyjnych HMO lekarze ci stanowili konieczny etap dostępu do świadczeń (*gate-keeper*), z czasem rozpowszechniały się modele, w których pacjenci mieli dostęp do specjalistów bez pośrednictwa lekarzy rodzinnych, ale pod warunkiem wyższych kwot w ramach współpłacenia. Nie znaczy to, że funkcja lekarzy rodzinnych wszędzie została wyeliminowana, lecz zredukowana w grupie klientów skłonnych ponosić większe koszty w zamian za większą swobodę korzystania z systemu.

Następowała stopniowa konsolidacja podmiotów na rynku:

- praktyki indywidualne łączyły się w praktyki grupowe, uzyskując silniejszą pozycję przetargową wobec ubezpieczycieli;
- szpitale tworzyły sieci, dzieląc funkcje i uzyskując efekt ekonomii skali w zakupach i kontraktowaniu usług przez ubezpieczycieli;
- same MCO łączyły się w sieci lub podlegały przejęciom po to, aby zaspokoić oczekiwania klientów korporacyjnych działających na terenie USA;
- tradycyjne ubezpieczenia, ponosząc porażkę na rynku, zaczęły przejmować firmy MCO lub budować własne.

Na początku XXI w. amerykańscy klienci byli zamożni i wymagający. Często niecierpliwi w odniesieniu do ochrony zdrowia, za którą płacili bardzo dużo. W wyniku tego skłonność do ponoszenia wydatków na zdrowie była duża, co w konsekwencji doprowadziło do znacznego wzrostu kosztów opieki zdrowotnej ponoszonych przez pracodawców i pacjentów. W zamian za to pacjenci otrzymali większą swobodę w korzystaniu ze świadczeń i jeszcze większy komfort, co najlepiej oddaje nowa forma opieki o nazwie *consumer – directed health plans (CDHP)*. Pod koniec tego okresu klienci zaczęli jednak zaciskać pasa, a MCO zaczęły stosować coraz wyższe kwoty w ramach współpłacenia oraz inne mechanizmy motywujące pacjentów do oszczędnego korzystania z opieki (np. *saving accounts*).

Ostatnie lata, w szczególności okres po 2008 r. oraz wybuch kryzysu na rynkach finansowych przyniosły kolejne zmiany na rynku ochrony zdrowia. Krytyka systemu opieki zdrowotnej, której spektakularnym ukoronowaniem był „plan Obamy", prowadzi do dalszej ewolucji rynku MCO. Od 1 stycznia 2012 r. ma się rozpocząć reforma systemu ochrony zdrowia w USA, której efektem ma być objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym wszystkich obywateli. Co prawda nie będzie to system jednolity, jak w krajach europejskich, jednak pewne rozwiązania mają być upowszechniane jako efektywne kosztowo i zapewniające odpowiednią jakość (*accountable*). Co prawda, w praktyce reforma nie wnosi rzeczy nowych, a raczej upowszechnia sprawdzone rozwiązania, jednak ze względu na naturę polityki wykreowane zostały nowe pojęcia, nieobciążone piętnem negatywnych emocji i rozczarowań. Tym pojęciem jest *accoutable care* i *accountable care organisations* (ACO). Pod tymi pojęciami należy co do zasady rozumieć opiekę koordynowaną oraz organizacje opieki koordynowanej, oparte bardziej na dostawcach usług (IDS) niż organizatorach i ubezpieczycielach (jak MCO).

W tym samym czasie dalej rozwijały się narzędzia *disease management* skierowane na najbardziej kosztowne kategorie pacjentów, a dostępność do informacji konsumenckiej i zachęcanie do dokonywania aktywnych wyborów przez pacjentów jest bardzo silnie zaznaczone. Zauważa się także powrót do bardziej restrykcyjnych form typu HMO, szczególnie w środowiskach i rejonach doświadczonych silnie spadkiem koniunktury gospodarczej.

Rynek opieki zdrowotnej w USA jest bardzo różnorodny i dynamiczny. Ma wiele wad, jak choćby bardzo wysokie koszty funkcjonowania, ale z drugiej strony oferuje najwyższą jakość medycyny dostępną na świecie, co znajduje odbicie w najwyższych wskaźnikach przeżywalności pacjentów chorych na nowotwory. Posiada jednak bardzo ważną zaletę, której nie ma większość systemów w innych krajach rozwiniętych. Dostarcza możliwości wyboru, dzięki któremu mogą zostać zaspokojone każde preferencje ubezpieczonego. Jak wynika z powyższego rozdziału, system ten stale i dynamicznie się zmienia.

3.1.1. Organizacje opieki koordynowanej (MCO)

W USA do niedawna nie było obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego[27], w związku z tym ok. 50 milionów osób (z 309 mln w 2009 r.) nie posiadało żadnego ubezpieczenia zdrowotnego (*tab. 5*). Z pozostałych ok. 250 milionów ok. 160 milionów osób ubezpieczonych jest w komercyjnych firmach ubezpieczeniowych, najczęściej przez pracodawców w formie ubezpieczeń grupowych, a ok. 100 milionów osób ubezpieczonych jest ramach programów publicznych (Medicare, Medicaid, wojskowych).

Opieka koordynowana oferowana jest w sumie około 44% populacji ubezpieczonych, czyli 120 milionom ludzi. Zatem w każdym rodzaju ubezpieczenia można spotkać tzw. plan, czyli program ubezpieczeniowy posiadający lub nieposiadający cech opieki koordynowanej. Co więcej, te same podmioty oferujące ubezpieczenie (jak np. Blue Cross, Blue Shield), oferują plan opieki koordynowanej oraz takie, które nie są koordynowane. Odpowiednie liczby i odsetek klientów poszczególnych form ubezpieczeń objętych planem opieki koordynowanej przestawia tabela 5.

Tabela 1. Liczba ubezpieczonych w US, wg rodzaju ubezpieczenia oraz charakteru planu ubezpieczeniowego w 2009 r.).

Segment	Razem U.S.	Procent U.S.	Managed Care liczba	Managed Care %
Medicare	47.0	15.21%	11.40	24.2%
Medicaid	46.87	15.17%	33.28	71.0%
wojskowe	3.8	1.20	3.8	100.0%
komercyjne	161.93	52.40%	86.89	53.65%
nieubezpieczeni	49.4	16.0%	0.0	0.00%
Razem	309.0	100.0%	135.37	43.80%

Źródło: CDC 2010 (http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm)

Zaliczenie danego planu ubezpieczeniowego do opieki koordynowanej jest bardziej zabiegiem z kategorii badawczych niż praktycznych. Istnieją różne regulacje prawne dotyczące zagadnienia opieki koordynowanej, ale nie ma jednolitych ram prawnych dla oferowania tego rodzaju opieki. Istnieją regulacje związane z prawami pracowniczymi (ERISA), również związane z rynkiem ubezpieczeniowym (HMO Act), ale to nie akty prawne definiują zjawisko *opieki koordy-*

[27] Ta kwestia jest przedmiotem reformy zdrowotnej administracji Baracka Obamy.

nowanej. Ponadto siły rynkowe niekoniecznie jednoznacznie deklarują przynależność do podmiotów opieki koordynowanej. Generalnie opieka koordynowana kojarzy się w USA z ograniczeniami i tańszą alternatywą ubezpieczeniową, zatem na rynku konkurencyjnym niektóre firmy starają się dystansować od tego skojarzenia, kreując rozmaite nazwy i akcentując inne cechy, stosując przy tym w dalszym ciągu zasady wypracowane w ramach opieki koordynowanej.

Obecnie wyróżnia się pewną liczbę form świadczenia opieki zdrowotnej, które eksperci amerykańscy zaliczają do opieki kierowanej. Organizacje, które oferują na rynku tego typu programy ubezpieczeniowe, nazywają się organizacjami opieki koordynowanej (OOK) (*managed care organizations*, MCO). Rodzaje tych organizacji przedstawia tabela 6.

Tabela 2. Typy i rodzaje organizacji opieki kierowanej w USA.

Nazwa	Cechy
Indemnity with precertification, second opinion, case mgt	Jest to rodzaj planu ubezpieczeniowego o *najluźniejszej* strukturze, wywodzący się z klasycznych ubezpieczeń opartych na świadczeniach pieniężnych (*indemnity*). W tego typu planach ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione przez ubezpieczonego (po zastosowaniu współpłacenia lub udziału własnego), lecz w odróżnieniu od typowych form *indemnity* wymaga dodatkowych czynności przed uruchomieniem procedury leczenia lub w jego trakcie. Te dodatkowe czynności, to np.: uzyskanie zgody na planowe przyjęcie do szpitala, *druga opinia* lekarska przed podjęciem leczenia, ścisły nadzór nad przebiegiem leczenia szczególnie kosztochłonnych pacjentów (np. wcześniaków z niską wagą urodzeniową, pacjentów urazowych, itp.). Pacjent może skorzystać z dowolnego usługodawcy w kraju (a czasem za granicą) i dokonuje płatności w miejscu wykonania świadczenia.
Service plan with precertification, second opinion, case mgt	Ten rodzaj planu ubezpieczeniowego zakłada, że ubezpieczyciel podpisuje kontrakty z określoną grupą różnych dostawców usług zdrowotnych, z zasady szeroką, obejmującą większość lokalnych usługodawców. Usługi udzielane są pacjentowi w formie świadczeń rzeczowych (*in-kind benefits*). Pacjenci zwykle płacą usługodawcy tylko kwotę w ramach współpłacenia (*copayment*) lub udziału własnego (*deductible*). W zakresie planu: • ubezpieczyciel płaci bezpośrednio dostawcy usług, eliminując koszty i inne problemy rozliczania poszczególnych drobnych rachunków; • dostawca akceptuje stawki oferowane (negocjowane) z ubezpieczycielem i nie obciąża pacjenta żadnymi nieuzgodnionymi opłatami; • dostawy poddają się kontroli ubezpieczyciela, w tym kontroli jakości i kontroli zużycia zasobów (*utilisation review*). Plan wymaga przed uruchomieniem procedury leczenia lub w jego trakcie określonych czynności, jak np.: uzyskiwanie zgody na planowe przyjęcie do szpitala, *druga opinia* lekarska przed podjęciem takiego leczenia, ścisły nadzór nad przebiegiem leczenia w szczególnie kosztownych pacjentów (j.w.).
Preferred provider organisation (PPO)	Ten rodzaj planu ubezpieczeniowego jest odmianą powyższego (*service plan),* różniąca się głównie liczbą dostawców usług dostępnych klientom planu. PPO dokonuje ściślejszej selekcji, w praktyce kontraktując np. 30% dostawców działających w danym miejscu. Selekcja dostawców odbywa się na dwa zasadnicze sposoby: • *any willing prodider* – każdy dostawca, który wyrazi zgodę na warunki organizacji PPO podpisuje kontrakt; • *criteria-based selection* – organizacja dokonuje wyboru wg swoich kryteriów, z którymi dostawcami, spośród dostępnych na rynku, podpisać umowy. W wypadku planów PPO pojawia się dodatkowa ważna cecha podmiotu inicjującego powstanie planu. Plan PPO może bowiem powstać jako: • produkt firmy ubezpieczeniowej, która sprzedaje polisy na opiekę w określonej, zdefiniowanej przez siebie sieci świadczeniodawców; • wynik **aliansu rynkowego** pewnej grupy dostawców usług. W tej opcji określona grupa dostawców powołuje podmiot prawny (spółkę, fundację), która oferuje usługi tych dostawców indywidualnym klientom lub (częściej) firmom ubezpieczeniowym albo przedsiębiorcom.

	Plan PPO jest zwykle istotnie tańszy niż plan *indemnity* lub *service plans*, używając narzędzi kontroli korzystania ze świadczeń typu *precertyfikacja*, ale także współpłacenie.
Point-of-service plans	Plan ubezpieczeniowy POS jest odpowiedzią na skargi konsumentów dotyczące zakresu wyboru dostawcy usług. W ramach tego samego planu POS pacjent uzyskiwał możliwość: • korzystania z preferowanych dostawców i w zamian za to ponosił niższy koszt współpłacenia; • korzystania z dowolnych dostawców, ale ponosząc wyższy koszt współpłacenia. Poza tym POS stosują podobne mechanizmy (precertyfikacja, case management), jak wcześniej omawiane rodzaje planu ubezpieczeniowego. Popularność POS w ostatnich latach znacznie spadła.
Health Manintanance Organisation (HMO)	Plan ubezpieczeniowy HMO ma kilka odmian omówionych poniżej. Ich wspólnymi cechami są: • węższa niż w PPO grupa dostawców w sieci, czasem jest to jeden dostawca (jedna firma) w wielu lokalizacjach; • rzadsze i trudniejsze rozliczanie usług spoza sieci dostawców; • ściślejsze niż w PPO mechanizmy autoryzacji (precertyfikacji), case management, itp.; • w wypadku wykonania nieautoryzowanej usługi koszty jej ponosi pacjent lub, częściej, dostawca/wykonawca (czyli HMO nie pokrywa kosztów). W zamian za te niedogodności plan tego rodzaju oferuje zwykle znacznie szerszy zakres (koszyk) usług, niż plan PPO za podobną kwotę.
open access HMO	Plan ubezpieczeniowy (czasem nieuznawany jako HMO), umożliwiający pacjentowi dostęp do dowolnego dostawcy w sieci *bez skierowania* lekarza poz. Plan ten, rezygnując z mechanizmu skierowań oraz w dużej części z mechanizmu precertyfikacji, jest z natury rzeczy droższy (wyższa składka), wymaga wyższych kwot współpłacenia oraz oferuje węższy zakresy (koszyk) świadczeń. Zwykle plan tego rodzaju nie refunduje żadnych usług poza siecią, z wyjątkiem tych, udzielanych w stanie nagłym (*emergency*).
Open – panel HMO	Plan ubezpieczeniowy, gdzie usługodawcy, lekarze, szpitale i in. zachowują samodzielność prawną i faktyczną, przyjmują pacjentów należących do planu i są za to wynagradzani. W praktyce mają większą liczbę płatników niż jeden HMO; przyjmują pacjentów z wielu różnych planów, a także pacjentów prywatnych. Dostęp do wszelkich usług odbywa się na podstawie ***skierowania*** od lekarza poz, co stanowi podstawowy mechanizm regulacji konsumpcji. Dostawcy usług, w tym lekarze, bywają kontraktowani w formie kapitacji, opłat za usługę lub ich kombinacji. Usługodawcy mogą być kontraktowani jako: • sieć *Independence Practice Association* (IPA), która posiada osobowość prawną i występuje wobec HMO jako osoba prawna; • *direct contract model*, w którym każdy dostawca usług z osobna ma kontrakt z HMO.
Closed – panel HMO	Plan ubezpieczeniowy, gdzie pacjenci mogą korzystać z dowolnego dostawcy bez skierowań od lekarza poz, choć zwykle też, dla zachowania ciągłości opieki, są zobowiązani do wskazania lekarza podstawowego. W HMO tego typu lekarze i inni profesjonaliści generalnie wykonują pracę na rzecz danego HMO na zasadzie **wyłączności**. Wyróżnia się dwa podrodzaje takich HMO: • group model, gdzie lekarze i inni profesjonaliści tworzą grupy (np. spółki, konsorcja) i kontraktują usługi z danym HMO na zasadach kapitacyjnych. Przykładem jest *Kaiser Permanente*, największe i najsłynniejsze HMO w USA; • staff model, gdzie lekarze i inni profesjonaliści są pracownikami HMO i są wynagradzani w postaci pensji (z ewentualnymi premiami). Forma ta zanikła w ostatnich latach.
Network model HMO	Plan ubezpieczeniowy HMO, gdzie *struktura administracyjna* HMO podpisuje kontrakty z kilkoma wielospecjalistycznymi grupami lekarskimi (jak w *close-panel HMO*). Odpłatność odbywa się na zasadzie kapitacyjnej, a sposób korzystania jest podobny jak w *closed-panel HMO*.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kongsvelt 2009.

Oczekiwania klientów w procesie ewolucji MCO zmieniały podejście do roli lekarzy rodzinnych/poz (PCP) w ramach tych struktur. O ile w tradycyjnych HMO lekarze ci stanowili konieczny etap dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (*gatekeeper*), z czasem rozpowszechniały się modele, w których pacjenci mieli dostęp do specjalistów bez pośrednictwa lekarzy poz, lecz pod warunkiem wnoszenia wyższych kwot w ramach współpłacenia. Zwykle też w systemach tych funkcjonowali lekarze stanowiący łącznik, *pierwszą instancję*, w szczególności odpowiedzialną za łączenie wszystkich epizodów opieki medycznej oferowanej przez plan danemu pacjentowi. Tam, gdzie plan pozwalał korzystać z usług specjalistów bez skierowań lekarzy poz, wprowadzano również wyższe kwoty współpłacenia (lub udziału własnego). Również sama polisa w planie tego rodzaju zwykle kosztowała więcej i obejmowała węższy zakres świadczeń opieki zdrowotnej.

3.1.2. Zintegrowane systemy dostarczania usług (IDS)

Z powyższego omówienia wynika, że organizacje nazywane w USA organizacjami opieki koordynowanej (*managed care organisations*, MCO) są obecnie co do zasady instytucjami ubezpieczeniowymi, choć ich historia wskazuje, że powstawały na początku jako inicjatywy dostawców usług zdrowotnych – lekarzy, praktyk grupowych lub, w mniejszym stopniu, szpitali. Z czasem jednak organizacje te zaczęły się zmieniać, powiększać zakres działania i pełnić raczej funkcję organizatora usług zdrowotnych, swoistego ubezpieczyciela, a nie usługodawcy. Samym udzielaniem usług zaczęły się zajmować struktury i organizacje grupujące usługodawców, tzw. *Integrated Delivery Systems* (IDS), *zintegrowane systemy dostarczania usług*.

W odpowiedzi na zapotrzebowanie rynku następowała zatem stopniowa specjalizacja, w tym konsolidacja podmiotów dostarczających usługi (i dobra) ochrony zdrowia, stanowiące zaplecze wykonawcze MCO. Podmioty te, oznaczane angielskim akronimem IDS, tworzone były przez lekarzy i placówki medyczne, np.:

- praktyki *indywidualne,* które łączyły się w praktyki *grupowe*, uzyskując silniejszą pozycję przetargową wobec wszelkich płatników,
- praktyki lekarzy poz, wraz z praktykami lekarzy specjalistów,
- praktyki lekarskie, współpracujące z grupami szpitali,
- wreszcie szpitale, które tworzyły sieci szpitalne, dzieląc funkcje i uzyskując efekt ekonomii skali w zakupach i kontraktowaniu usług dla ubezpieczycieli.

W ten sposób na rynku medycznym, oprócz organizacji gromadzących składki, jakimi są wymienione wcześniej organizacje opieki koordynowanej (OOK), znajdują się ich biznesowi partnerzy, którzy kontraktują usługi, jakie podejmuje się wykonać OOK, w oparciu o zasadę podziału ryzyka (*risk-sharing*). W zależności od umowy, niekoniecznie jednakowo w każdej sytuacji, albo OOK, albo IDS wprowadza trzeci element – *zarządzanie procesem leczenia* (*management*). I to właśnie **aktywne i planowe** zarządzanie **wyróżnia omawiane formy opieki od wszystkich innych, w których element zarządzania jest drugo- lub trzecioplanowy w stosunku do finansowania i świadczenia usług zdrowotnych**.

IDS, podobnie jak OOK, są bardzo różnorodne organizacyjnie, co więcej, mogą zawierać w swoich strukturach różne formacje (*tab. 7*). W publikacjach często OOK utożsamiane są z IDS i odwrotnie, co jest uzasadnione wielką różnorodnością i stałą zmiennością oraz ewolucją tych organizacji. W tabeli 7 zawarto typologię organizacji IDS przedstawioną przez amerykańskich ekspertów.

Tabela 3. Zintegrowane systemy dostarczania usług (IDS) w USA.

Nazwa	Cechy
Independent practice association (IPA)	IPA to organizacje zrzeszające lekarzy, zwykle non-profit, zrzeszające praktyki wielu specjalności, ale bywają także monospecjalistyczne. IPA negocjują i podpisują kontrakty z ubezpieczycielami, głównie OOK. Kontrakty między IPA i MCO są podpisywane w oparciu o stawki kapitacyjne, a rozliczanie się IPA z lekarzami-członkami może odbywać się na podstawie stawek kapitacyjnych oraz opłat za usługę. Ważną cechą IPA jest współdzielenie ryzyka z lekarzami-członkami; jeżeli koszty zapewnienia usług przewyższają pierwotnie założone wartości, lekarze zmuszeni są zaakceptować niższe niż przewidywane stawki. Ta cecha jest istotna z punktu widzenia prawnego, ponieważ w przeciwnym razie IPA mogłyby podlegać restrykcjom urzędu ochrony konkurencji jako nielegalne zmowy cenowe. Dzielenie ryzyka z lekarzami-członkami IPA powoduje, że IPA działa jak przedsiębiorstwo, a praktyki lekarskie są swego rodzaju jego udziałowcami. Dlatego IPA nie wiążą się kontraktem z PPO ani innymi formami ubezpieczeń, gdzie rozliczenia łączą się z ponoszeniem pełnego ryzyka przez te organizacje. Oprócz reprezentowania lekarzy wobec ubezpieczycieli, IPA czasem oferuje usługi koordynowania opieki, co oznacza, że kolejna funkcja MCO jest delegowana (outsource-owana) na dostawców. IPA zabezpieczane są przed ponoszeniem nadmiernego ryzyka polisami reasekuracyjnymi (które wykupują w firmach ubezpieczeniowych) lub ryzyko w określonej, katastrofalnej wielkości przejmowane jest przez kontraktujące MCO.
Physicians – hospital organization (PHO)	Z definicji wynika, że w PHO musi uczestniczyć co najmniej jeden szpital i pewna liczba praktyk lekarskich/lekarzy. PHO jest zwykle spółką należącą do swoich udziałowców (szpitali i lekarzy). PHO negocjuje kontrakty z płatnikami (OOK) i, w wypadku akceptacji warunków przez udziałowców, podpisuje je. Opłaty OOK wnoszone są do PHO zwykle w oparciu o stawkę kapitacyjną i dalej dzielone między praktyki-udziałowców wg wewnętrznych zasad danego PHO. Lekarze i szpitale pozostają przy tym niezależnymi podmiotami, powiązanymi z PHO umowami. Czasem PHO wyłącznie negocjuje kontrakty, których stroną są bezpośrednio szpitale i lekarze.
Management Services Organisation (MSO)	MSO niewiele różni się od PHO. Główne różnice polegają na tym, że MSO oferuje wiele różnych usług wspomagających działalność właścicieli, takich jak: księgowość, rozliczenia z płatnikami, zarządzanie jakością, zarządzanie konsumpcją usług (*utilisation review*), zatrudnianie personelu administracyjnego, a także utrzymanie i zarządzanie nieruchomościami (*facility management*).
Provider-sponsored organisation (PSO)	PSO, podobnie jak PHO lub IPA, są przedsięwzięciami lekarzy i ewentualnie szpitali, występujących razem w negocjacjach z płatnikami. Formuła PSO została ustanowiona prawem na podstawie *Balanced Budget Act* z 1997 roku, przede wszystkim w celu kontraktowania z MEDICARE. W zamiarze projektodawców PSO miały organizować i przygotowywać lekarzy oraz szpitale do kontraktowania z publicznym płatnikiem, a jednocześnie pomijać w tym procesie komercyjne podmioty typu OOK. PSO miały również posiadać formę zbliżoną do spółdzielni, z luźną relacją w odniesieniu do członków-praktyk lekarskich. Kilkuletnie doświadczenia PSO nie były zbyt zachęcające. Okazało się, że inne podmioty, jak IPA, PHO lub MSO są skuteczniejsze, sprawniejsze organizacyjnie, bardziej wiarygodne dla partnerów-ubezpieczycieli. Prawdopodobnie również fakt, że PSO posiadały silną regulację prawną powodowało, że traciły szybko swoją przewagę konkurencyjną. Nie przeszkadzało to jednak w konstruowaniu nowej koncepcji organizacyjnej, stanowiącej kwintesencję zapowiadanej reformy Obamy, czyli *Accountable Care Organization* (ACO), bezpośrednio nawiązującej do PSO i podejmującej próbę uniknięcia jej błędów.

Physician practice management company (PPMC)	To odmiana MSO grupująca wyłącznie praktyki lekarskie (różne specjalności lub pojedynczą specjalność). PPMC zwykle działały jako organizacje non-profit, z jednej strony reprezentujące zgrupowane praktyki, z drugiej natomiast wykonujące dla nich określone funkcje pomocnicze, administracyjne itp. PPMC najczęściej zakładane były przez podmioty zewnętrzne, które nabywały od lekarzy aktywa ich praktyk – pomieszczenia i sprzęt, a następnie zajmowały się zarządzaniem nimi w zamian za określoną stawkę odprowadzaną przez praktykę. Generalnie jednak PPMC nie odniosły wielkiego sukcesu rynkowego. Lekarze związani z PPMC rychło tracili swoje silne motywacje, ponieważ zaczęli być opłacani na zasadach podobnych do wynagrodzeń pracowników najemnych. Przykłady sukcesu PPMC dotyczą głównie praktyk monospecjalistycznych, w których grupowani byli lekarze o podobnym profilu specjalizacji i sposobie działania, dla których istnienie PPMC stanowiło z jednej strony zaprzestanie wewnątrzśrodowiskowej konkurencji, z drugiej natomiast wsparcie dość jednorodnych procesów administracyjno-zarządczych.
Group practice without walls (GPWW)	GPWW to kolejna organizacja grupująca lekarzy (bez szpitali). Od PPMC różni się tym, że zakładają ją sami lekarze, którzy włączają do tego podmiotu prawnego swoje praktyki. Praktyki te jednak są rozproszone, a poszczególni lekarze niezależni w działaniu, choć reprezentowani na zewnątrz przez GPWW. GPWW skutecznie i z sukcesem działa tam, gdzie intergracja i współpraca między praktykami jest silna, gdzie cała GPWW ma pojedynczego lub niewielu partnerów-płatników, oraz gdzie przejmuje od nich część ryzyka (wraz z odpowiednim wynagrodzeniem za ponoszenie tego ryzyka). W ten sposób funkcjonuje GPWW w Kaliforni.
Medical group practices	To historycznie najbardziej rozwinięte i ugruntowane podmioty działające najczęściej w formie spółek grupujących lekarzy. Praktyki grupowe zwykle są silnie zintegrowane, często zlokalizowane w pojedynczej lub niewielu lokalizacjach. Dochody osiągane przez lekarzy zależą od jego wkładu w dochody praktyki, a także od jego stażu w praktyce. Przystępujący do praktyki często muszą odbyć okres próbny oraz wnieść określony kapitał, co stanowi pewną barierę rozwoju organizacji. W przeszłości duże praktyki grupowe często przekształcały się w HMO (tzw. *closed panel* HMO), stając się nie tylko dostawcą usług, ale również swego rodzaju ubezpieczycielem.
Foundation model	Inicjatorem tej formy organizacyjnej są zwykle szpitale tworzące podmioty non-profit (fundacje), które wykupują praktyki lekarskie w całości i organizują ich działalność, również reprezentują na zewnątrz. Bywają jednak fundacje bez udziału szpitali. Fundacje medyczne, w przeciwieństwie do praktyk grupowych czy GPWW, zakładane są przez osoby spoza środowisk lekarskich w celu osiągania innych celów niż maksymalizacja korzyści dla lekarzy. Fundacje mogą zatem mieć charakter religijny, środowiskowych (związkowy).
Staff model	Jest to forma przedsiębiorstwa, które zatrudnia lekarzy pracujących na etatach zarówno w szpitalach, jak i w przychodniach. Przedsiębiorstwo to może wejść w relacje z lekarzem, rekrutując go na rynku lub kupując jego praktykę. W niektórych stanach USA zatrudnianie lekarzy na umowach o pracę jest nielegalne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kongsvelt 2009.

Amerykański system ochrony zdrowia jest bardzo różnorodny, odmienny od systemów europejskich, gdzie wszyscy obywatele objęci są jednolitym systemem. Ta różnorodność pozwala na stały rozwój i przystosowywanie się do zmieniających się preferencji klientów. Różnorodność ta stanowi jednocześnie przyczynę wysokich kosztów, jakie Amerykanie ponoszą na ochronę zdrowia. Z tego powodu, oceniając rozwiązania amerykańskie, warto

skoncentrować się na tych, które odnoszą szczególne sukcesy, i pozwolić, aby inspirowały przyszłe rozwiązania krajowe. Tą drogą szły w ostatnich latach takie kraje, jak Wielka Brytania, Hiszpania czy Szwajcaria.

3.2. Wielka Brytania

Rozwiązania przyjęte przez Wielką Brytanię są częstym obiektem analiz i stanowią źródło nowych koncepcji organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia innych krajów. Mimo krytycznych nierzadko opinii na temat działania Narodowej Służby Zdrowia (NHS), żaden z rządów brytyjskich nie zdecydował się na zasadnicze odejście od jej podstawowych założeń, takich jak: powszechność, finansowanie z podatków ogólnych, państwowy nadzór i administracja prowadzone na wszystkich szczeblach, a także dominacja państwowej własności usługodawców.

Od czasów *Margaret Thatcher* jednak NHS przeżywa permanentny stan reformy. Wspólnym mianownikiem wprowadzanych koncepcji jest próba wykorzystania znanych mechanizmów ekonomicznych działających w ochronie zdrowia z zachowaniem pełnej kontroli i centralizacji zarządzania systemem. Najnowsze koncepcje, proponowane przez gabinet koalicyjny konserwatystów i liberałów w 2011 r., rozwijają dotychczasowe i wnoszą więcej odniesień do reguł rynku (konkurencja, definiowanie korzyści), nawiązując w istotny sposób do doświadczeń amerykańskich.

Wielkość budżetu Narodowej Służby Zdrowia (NHS) określana jest na etapie projektowania budżetu państwa. Ministrowie poszczególnych resortów (działów) zgłaszają zapotrzebowanie na środki finansowe do ministra skarbu, który w miarę możliwości budżetowych państwa dokonuje ich rozdziału. Po 2000 r. rozpoczęto planowanie budżetu NHS na trzy lata, aby zapewnić większą przewidywalność i stabilność finansów publicznych. Po ustaleniu ogólnych przychodów NHS, Ministerstwo Zdrowia (*Departament of Health*) dokonuje tzw. alokacji środków finansowych (alokacja budżetowa), przeznaczając je dla dwóch głównych sektorów: sektora *szpitali i zdrowia publicznego* (*community health*) oraz sektora *usług medycyny rodzinnej*. Podobnego rodzaju alokacja dokonuje się na poziomie każdego kraju wchodzącego w skład Królestwa Wielkiej Brytanii, tzn. Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej, choć w wielu punktach może się ona różnić.

Po fazie określenia *budżetu szpitali i usług zdrowia publicznego* na poziomie krajowym następuje alokacja tych środków na poziom poszczególnych regionów (*Regional Health Authorities* - RHA). Obecnie stosowany system alokacji można nazwać ważoną kapitacją, a opiera się na pracach *Resource Allocation Working Group* (RAWP) z roku 1976[28]. Wzór alokacji środków finansowych na regiony zawierał takie elementy, jak liczba populacji zamieszkującej dany region, profil wieku i płci, poziom zachorowań (oceniany na podstawie standaryzowanych współczynników zgonu) i pewnych niezależnych czynników, takich jak różnice w kosztach prowadzenia opieki zdrowotnej wynikające z lokalizacji geograficznej. W 1990 r., przygotowując się do wprowadzenia tzw. rynku wewnętrznego w NHS, dokonano pewnych modyfikacji formuły alokacyjnej, zachowując jednak jej główne założenia. Do istniejącej formuły zaproponowano kilka dodatkowych elementów mających odzwierciedlać zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. W modelu ujęto takie parametry populacji, jak stan zdrowia mierzony za pomocą standaryzowanych współczynników zgonów (SMR), częstości

[28] Resource Allocation Working Papers (RAWPs), Appendix 3. RARPs, RAWPs (www.dh.gov.uk/allocations).

występowania niskiej wagi urodzeniowej noworodków, a także stopy bezrobocia oraz liczby gospodarstw domowych zamieszkiwanych samotnie przez osoby starsze. W ten sposób wskaźniki obrazujące potrzeby zdrowotne stały się podstawą określającą wysokość alokowanych środków finansowych na poszczególne poziomy zarządzania finansami NHS.
Przyjęte przez RAWP rozwiązania ulegały modyfikacjom:

- 1995–1996 – wprowadzenie osobnych wskaźników dla opieki szpitalnej i psychiatrycznej zamkniętej w miejsce SMR; 76% alokowanych środków finansowych zależy od wskaźników potrzeb zdrowotnych;
- 1996–1997 – wprowadzenie alokacji bezpośrednio na poziom lokalny (*Health Authority* – HA), w wyniku likwidacji RHA;
- 1997–1998 – powołanie Resource Allocation Group (RAG); 100% alokowanych środków finansowych zależy od formuły opartej na potrzebach zdrowotnych;
- 1998–1999 – włączenie do formuły wskaźnika kosztów pogotowia ratunkowego (EACA);
- 1999–2000 – Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA) zastąpił RAG; przygotowano zmianę polegającą na zastąpieniu HA przez Primary Care Groups[29]; do alokowanych środków finansowych dołączono środki na utrzymanie infrastruktury praktyk GP (GMSCL)(bez wynagrodzenia lekarzy GP) oraz refundację leków;
- 2001–2002 – do formuły alokacyjnej dołączono mechanizm *health inequalities adjustment* (HIA), wykorzystujący wskaźnik years of life lost (YLL) poniżej 75 lat;
- 2002–2003 – do formuły alokacyjnej dołączono General Medical Services Non-Cash Limited (GMSNCL), czyli wynagrodzenia dla lekarzy rodzinnych, dotąd zarządzane centralnie; dokonano zmian zmniejszających gradient różnic na pograniczu działania poszczególnych HA przez zwiększenie liczby podmiotow, na które dokonywano alokacji z 78 do 117;
- 2003–2004 i 2005–2006 – wprowadzono alokację na Primary Care Trusts (303 w całym kraju); do formuły alokacyjnej dołączono nowe elementy: wskaźnik chorobowości oraz niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych[30];
- 2006–2007 i 2007–2008 – do formuły alokacyjnej dołączono całość środków na podstawową opiekę zdrowotną, bez rozróżnienia na płace i utrzymanie praktyki (GMSNCL, GMSCL); przygotowano alokacje do wspierania nowego mechanizmu finansowania o nazwie Payment by Results (PbR);
- 2008–2009 i 2010–2011 – wprowadzono niewiele zmian i zaproponowano istotne zmiany w formule alokacyjnej, zamrożone jednak ze względu na spodziewaną zmianę polityki zdrowotnej po wyborach w 2010 roku.

Jak można zauważyć, pierwotnie dalsza alokacja z poziomu regionalnego (RHA) na lokalny (*Health Authority* - HA) dokonywana była lokalnie w zróżnicowany sposób. Większość RHA stosowała odmianę centralnej formuły alokacyjnej, różnicując ją jednak ze względu na uwarunkowania historyczne (historyczne różnice w budżetach) lub inne, wynikające z lokalnej specyfiki. W ciągu lat 90. XX w. alokacja na niższy poziom od regionalnego różnicowała się jeszcze z innego powodu; w pewnym momencie bowiem alokację środków finansowych na szpitalnictwo przeprowadzano na poziomie praktyki lekarza rodzinnego (GP *fundholder*), a później – *Primary Care Trusts* (PCT), podmiotów mających pełne kompetencje w zakresie nabywania świadczeń. Praktyki pojedynczych lekarzy rodzinnych, z natury rzeczy obejmujących małe populacje, nie były dobrym podmiotem alokacji kapitacyjnej i nie doczekały się

---

29 *The new NHS* White Paper (1998).
30 llocation of Resources to English Areas (the AREA Report) (RARP 26).

odpowiednich wersji formuł alokacyjnych aż do początku XXI wieku. Mimo że ważone formuły kapitacyjne były dobrze zakorzenione w odniesieniu do szpitalnictwa i sektora zdrowia publicznego, podobne rozwiązania zostały rozwinięte w odniesieniu do budżetu medycyny rodzinnej dopiero ok. 2002 r.

Zmiana, jaka dokonała się w latach 90. XX w. spowodowała, że HA (*heath authorities*), czyli lokalny poziom administracji zdrowotnej zaczął zanikać i przekazywać swoje funkcje (oraz personel) do *Primary Care Groups (PCG);* formy placówek opieki zdrowotnej, które stały się pierwszą fazą zmian podstawowej opieki zdrowotnej po objęciu rządów przez labourzystów w połowie lat 90. XX w. PCG były to początkowo dość luźne związki praktyk GP (praktyki prywatne). Docelową formacją zrzeszającą okolicznych lekarzy rodzinnych, po kilku latach pilotażu, stały się *Primary Care Trusts (PCT)*. W praktyce PCT powstawały przez połączenie niektórych struktur HA z PCG, a zatem łączono funkcje i struktury administracji państwowej z grupami prywatnych przedsiębiorców, jakimi byli lekarze rodzinni. Podmioty te z czasem przejęły odpowiedzialność za nabywanie większości świadczeń na wyższych poziomach opieki zdrowotnej.

3.2.1. Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej

Próbując klasyfikować brytyjski sposób kontraktowania szpitali, można go scharakteryzować jako połączenie budżetów globalnych z elementami opłaty za przypadek. W niektórych wypadkach dodatkowym elementem bywają płatności oparte na liczbie osobodni. System kontraktowania wprowadzony w 1991 r. był częścią szerszego zakresu zmian, których myślą przewodnią było zastąpienie alokacji budżetowej w hierarchicznych strukturach systemem opartym na negocjacjach i kontraktowaniu, najpierw z udziałem HA, które stopniowo w tym procesie miały być zastępowane przez GP-*fundholder'ów*. Z tą zmianą związane było znaczne zwiększenie obowiązków administracyjnych personelu zarządzającego HA i praktykami GP-*fundholder'ów*, który corocznie angażował się do negocjowania, egzekwowania i monitorowania kontraktów. Rząd labourzystowski zaczął urzędowanie od zakwestionowania tego sposobu postępowania. W założeniach rządu Tony Blair'a tak duży wysiłek administracyjny nie był zasadny, a konkurencja na rynku wewnętrznym nie stanowiła właściwego sposobu zarządzania w ochronie zdrowia. W miejsce tych rozwiązań rząd ten zaproponował i stopniowo zaczął wprowadzać zasadę długoterminowych kontraktów oraz „*współpracy i współdziałania w miejsce konkurencji*". W podejściu tym zachowana została rozdzielność nabywcy od wykonującego świadczenia, lecz nabywca miał się stawać w coraz większym stopniu jednostką administracyjną (*Primary Care Groups, PCG)*, z własną strukturą zarządczą i *(Primary Care Trusts, PCT)*, z osobowością prawną, działającą na danym obszarze. Kontrakty oparte na liczbie i cenie świadczeń miały być stopniowo zastępowane takimi, które w większym stopniu pobudzają wysoką jakość w systemie (*Payment for Result*, PfR).

Sami lekarze medycyny rodzinnej w latach 90. XX w. podpisywali z administracją NHS kontrakty na zakres świadczeń określony jako usługi medycyny rodzinnej (GMS). Warunki tych kontraktów negocjowane były corocznie między Komitetem Medycyny Rodzinnej (działem *British Medical Association* – brytyjskiej Izby Lekarskiej, reprezentującej lekarzy rodzinnych) a Ministerstwem Zdrowia (DoH). System płatności określony na poziomie krajowym składał się z trzech elementów: stałej opłaty na funkcjonowanie praktyki, opłaty kapitacyjnej oraz opłaty za usługę w odniesieniu do określonej, krótkiej listy świadczeń. GP opłacani byli z zachowaniem zasady „koszty *plus*". Opłaty były pomyślane jako pokrywające koszty oraz dochód netto lekarza za pracę. Oba elementy były monitorowane i corocznie publikowane

przez *Doctors' and Dentists' Review Body (DDRB).* Na podstawie tych badań dokonywano rekomendacji co do zmian w poszczególnych elementach opłat.

Jak wspomniano wcześniej, opłaty dla GP składały się z następujących elementów:

— *opłata kapitacyjna* – stanowiąca około 50% rocznych przychodów GP, związana jest z osobą pacjenta. Jej sensem jest zachęcenie GP do takiego traktowania pacjentów, by ci, mając możliwość wyboru, wybierali danego lekarza;
— *stała roczna opłata* – drugi pod względem wielkości element przychodów rocznych GP, pomyślana jako kwota, która ma sfinansować stałe, niezmienne i konieczne koszty związane z prowadzeniem praktyki;
— *opłaty za promocję zdrowia* – opłaty, które lekarz otrzymuje za działania z zakresu promocji zdrowia, za włączenie pacjentów do programów „*diseases management*" oraz za osiągnięcie pewnego poziomu szczepień lub badań skriningowych szyjki macicy;
— *opłaty za usługę* – stosowane w wypadku niektórych usług, których wykonywanie jest szczególnie promowane przez administrację ochrony zdrowia, takich jak np. usługi (porady) z zakresu antykoncepcji.

W rezultacie wysokość indywidualnych dochodów lekarza rodzinnego zależała od wielu czynników, w tym liczby pacjentów, ich ewentualnego kwalifikowania się do odpowiednich grup dyspanseryjnych (*disease management*), oraz liczby wykonanych pewnych preferowanych usług. Wprowadzenie formy GP *fundholder'a* lub innych rozwiązań, z lekarzem rodzinnym jako nabywcą świadczeń innych usługodawców (np., lekarzy specjalistów), nie wpłynęło na wysokość dochodów lekarzy GP. Środki w budżecie GP *fundholder'a* nie mogły być wykorzystywane jako dodatkowe źródło dochodów. Motywacje do stosowania zasady GP *fundholder'a* nie miały charakteru motywacji finansowych, lecz jedynie możliwość nabywania świadczeń dla swoich pacjentów.

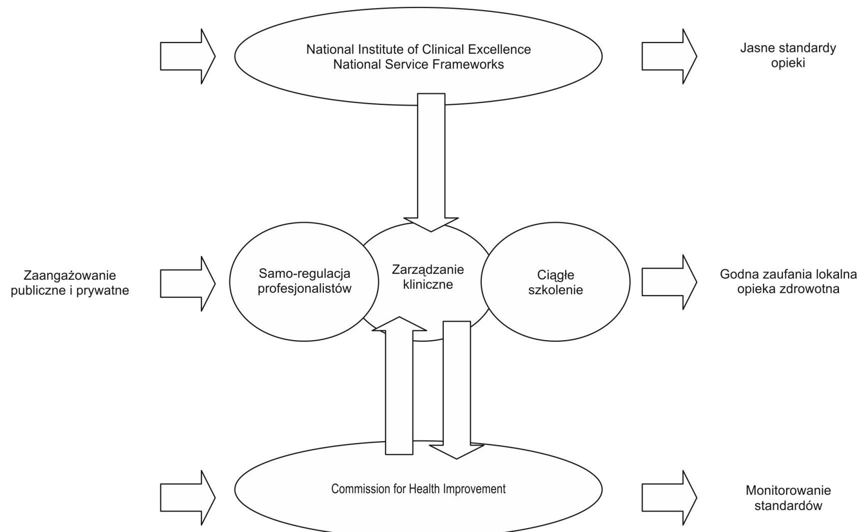
NHS (Primary Care) Act 1997 wprowadził możliwość innego niż ogólnokrajowy sposobu zawierania kontraktów z lekarzami rodzinnymi w niektórych miejscach w kraju. Celem uruchomienia możliwości autonomicznego podejmowania decyzji na poziomie poszczególnych HA było testowanie nowych rozwiązań kontraktowych między HA a lekarzami rodzinnymi. Wśród różnych potencjalnych możliwości kontaktowania rozważano i testowano tworzenie wieloosobowych zespołów lekarzy rodzinnych dysponujących budżetem na pełną opiekę nad pacjentami, którzy sami byli pracownikami zatrudnionymi na etatach. Doświadczenia te były podstawą zmiany dokonanej w 1999 r., polegającej na przypisaniu wszystkich lekarzy rodzinnych do poszczególnych PCG i PCT. Formacje te stały się pewnym odpowiednikiem amerykańskich MCO, a populacje, jakie obejmowały, liczyły ponad 100 tys. mieszkańców. Poszczególni lekarze zachowywali w tych strukturach status właściciela praktyki indywidualnej.

3.2.2. Zarządzanie jakością

Primary Care Trusts (PCTs) pojawiły się w brytyjskim systemie pod koniec lat 90. XX w. *Primary Care Groups (PCGs)*, które wcześniej zrzeszały lekarzy medycyny rodzinnej, były tworami funkcjonującymi w ramach *(sub-committee)* poszczególnych władz zdrowotnych *HA (Health Authorities)*. Jako takie,nie posiadały osobowości prawnej, a co za tym idzie, nie ponosiły odpowiedzialności prawnej za podejmowane decyzje. Z chwilą powstania *PCT* pojawiły się nowe podmioty prawne, w pełni odpowiedzialne za organizację świadczeń opieki zdrowotnej na terenie objętym swoim działaniem. Koncepcja uznająca, że w procesie dostarczania dóbr i usług zdrowotnych pacjent powinien mieć po swojej stronie *agenta*

świadomego jego potrzeb, ale również mechanizmów działających na rynku medycznym, była obecna w NHS od początku lat 90. XX w. Po fazie powierzania tej roli lekarzom rodzinnym (GP-*fundholders*), nastąpiła faza PCT, organizmów większych oraz silniejszych finansowo i organizacyjnie, lecz bardziej anonimowych.

Kilka lat po powstaniu PCT powołano instytucję, która miała nadzorować jakość usług zdrowotnych tych organizacji: *Commission for Health Improvement (CHI).* Oceny PCT dokonywane przez komisję przyjmowały formę rankingu, ponieważ miały za zadanie w syntetyczny i zrozumiały sposób informować społeczeństwo na temat jakości poszczególnych PCT. Werdykt komisji był o tyle istotny, że liczba otrzymanych przez organizację punktów miała determinować stopień samodzielności oraz wielkość środków, jakimi będzie ona dysponować w nadchodzącym roku. Ocenie podlegała zgodność działania PCT z wytycznymi (guidelines) m.in. autorstwa *National Institute for Clinical Excellence* (NICE).



Rys. 4. Model poprawy i zapewnienia jakości w NHS.
Źródło: A First Class Service: Quality in the new NHS", Department of Health, 1998.

Komisja stanowiła jeden z elementów modelu poprawy jakości w NHS, który koncentrował się na mechanizmach kontroli i zapewnienia poprawności funkcjonowania brytyjskiego systemu. *CHI* pełniła w istocie dwojaką funkcję: sprawdzała, czy organizacje notowały systematyczny postęp w procesie świadczenia usług *(quality improvement/organisational development)* oraz czy zapobiegały występowaniu w ich obrębie potencjalnych dysfunkcji organizacyjnych *(quality control/organisational control)*. W ocenie dokonywanej przez *CHI* wykorzystywano szereg wskaźników zebranych w ramach *National Performance Framework (NPF)*. *CHI* koordynowała również ogólnokrajowy program badania satysfakcji pacjentów *(National Patients Survey Programme, NPSP)*, którego wyniki uwzględnione były w ogólnej ocenie organizacji dokonywanej przez komisję. Wprowadzenie systemu oceny PCT oraz publikowanie rankingów stanowiło w zamyśle brytyjskich władz zdrowotnych narzędzie do redukowania *nierównowagi informacyjnej* między świadczeniodawcami a pacjentami. Na tej podstawie pacjenci mogli wyrobić sobie zdanie na temat jakości ich

własnego PCT. W 2003 r. wyniki oceny wskazały, że ok. 14% PCT (45) zakwalifikowano do najwyższej grupy rankingowej (trzy gwiazdki), prawie połowę do drugiej, a ok. 7% do ostatniej, czwartej, przyznając im 0 gwiazdek.

Tabela 1. Zestawienie zbiorcze wyników kontroli CHI w 2003

Liczba gwiazdek / Rodzaj organizacji		0	1	2	3
Acute and specialists rusts	2003	14	31	68	63
	2002	8	37	89	52
	2001	12	20	95	28
Primary Care Trusts		22	98	139	45
Mental Health Trusts		3 (2)*	28 (13)	43 (67)	14 (4)
Ambulance Trusts		5 (0)	9 (4)	7 (16)	10 (12)

* W nawiasach przedstawiono liczbę jednostek w danej grupie w 2002 roku.

Źródło: www.chi.nhs.uk (2006)

Powyższy sposób oceny jakości spowodował znaczne zainteresowanie społeczeństwa oraz jeszcze większą krytykę ze strony profesjonalistów medycznych. Kolejne zmiany w strukturach podmiotów oceniających jakość pokazują pewną ewolucję koncepcji w tej dziedzinie[31]. W 2004 r. komisja została rozwiązana, a jej zadania przejęła *Healthcare Commission* (HC). W końcu w 2009 r. powołano *Care Quality Commission* (CQC). Metody pracy CQC zostały znacznie zmienione w stosunku do poprzednich okresów. Największa zmiana dotyczy obowiązku rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, którego wcześniej w Wielkiej Brytanii nie było. Rejestracja placówki medycznej jest formą licencjonowania, co oznacza, że placówka musi spełniać pewne warunki, aby uzyskać prawo do prowadzenia swojej działalności. Proces rejestracji placówek trwa od 2010 roku i w pierwszym rzędzie dotyczy szpitali, placówek opieki psychiatrycznej oraz opieki domowej. Dalej będzie obejmować lekarzy rodzinnych pracujących w ramach PCT. Proces rejestracji odbywa się po wizycie audytorów jakości w placówce i skontrolowaniu, w jakim stopniu placówka spełnia wymagane standardy (*essencial standards*). Metoda stosowana przez CQC[32] zakłada, że określony zestaw standardów jakości jest kontrolowany na etapie rejestracji placówki, a następnie, według założeń, w ramach corocznego badania jakości, sprawdza się jego aplikację.

Standardy zostały opisane w formie rozdzielonych między szersze kategorie celów, czy raczej wyników działania (*outcomes*), do których należy dążyć. Wyniki analiz przedstawiane są publicznie, co z jednej strony ma wspomagać dokonywanie świadomych wyborów przez pacjentów, z drugiej stanowić presję na zarządy tych placówek do przeprowadzenia zmiany. W systemie tym ogromną rolę odgrywa opinia pacjentów na temat korzystania ze świadczeń. Specjalny zestaw mierników i sposobów ich wykonywania, *Patient Reported Outcome Measures* (PROM), został opracowany w tym celu i stanowi istotę całego systemu. Charakterystyczną cechą jest koncentrowanie się na odczuwalnych przez pacjenta elementach, a nie np. na wskaźnikach struktury czy procesu. Obserwacja dalszego rozwoju zdarzeń w systemie brytyjskim zapewne dostarczy w kolejnych latach nowych interesujących doświadczeń.

---

[31] Department of Health, *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review final report,* June 2008.

[32] Guidance about compliance, Essential standards of quality and safety, What providers should do to comply with the section regulations of the Health and Social Care Act 2008, March 2010.

Analitycy systemów ochrony zdrowia wskazywali na podobieństwa koncepcyjne brytyjskich PCT i amerykańskich organizacji *managed care* (MCO). Podstawową cechą odróżniającą te podmioty jest otoczenie, w jakim funkcjonują – amerykańskie MCO to organizacje prywatne, e4ksponowane na silną konkurencję o pacjentów i ich przychylność, natomiast PCT są instytucjami publicznymi, monopolistami na danym terenie. W miejsce decyzji konsumenckich w latach 90. XX w. Brytyjczycy wprowadzili system administracyjnej oceny jakości, uzależniając od jego wyników korzyści finansowe instytucji. Zmiana dokonywana przez nowy brytyjski rząd sformułowany w roku 2010 ma wprowadzić więcej dynamizmu i rynkowych mechanizmów do systemu, aby pacjenci doświadczali lepszej opieki i byli z niej bardziej zadowoleni.

3.3. Hiszpania

Hiszpańska narodowa służba zdrowia jest w znacznym stopniu zdecentralizowana i funkcjonuje w oparciu o administrację regionalną. Minimalny pakiet świadczeń gwarantowanych we wszystkich regionach jest określany przez rząd centralny. Pakiet składa się ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na poziomie opieki podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej, środków farmaceutycznych i innych materiałów medycznych. Obecnie w Hiszpanii działa ponad 800 szpitali, z czego około 70% bazy łóżek szpitalnych należy do placówek publicznych. Każdy z autonomicznych regionów posiada przynajmniej jeden szpital ogólny, który prowadzi podstawowe usługi kliniczne i całodobowy ostry dyżur. Dostęp do większych szpitali specjalistycznych jest możliwy wyłącznie na podstawie skierowania wystawionego przez specjalistę.

Szpitale w ramach narodowej służby zdrowia są finansowane poprzez kontrakty składające się z dwóch części. Jedna związana jest z utrzymaniem infrastruktury, druga – z działalnością leczniczą. Podstawą obliczeń tej drugiej części jest system AP-DRG (w 2003 r. obowiązywała 18 wersja systemu).

W Katalonii system ma charakter w pełni prospektywny, przenoszący całość ryzyka kosztów leczenia poszczególnych przypadków medycznych na szpital. W innych regionach system jest bardziej „otwarty", uzupełniający niedobory finansowe retrospektywnie. W niektórych regionach Hiszpanii zastosowanie DRG w kształtowaniu budżetu szpitala jest znacznie ograniczone i zastąpione przez inne, bardziej zagregowane metody oceny „produkcji" szpitala. Pojawienie się koncepcji opieki koordynowanej w Hiszpanii jest wynikiem zbiegu okoliczności. Koncepcja ta bowiem, choć od wielu lat dyskutowana, znalazła zastosowanie dopiero wtedy, kiedy jeden z organów władzy odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną znalazł się w krytycznej sytuacji w związku z dużym projektem inwestycyjnym, a jednocześnie posiadał na tyle duże kompetencje i wolę przeprowadzenia zmiany, że stała się ona możliwa.

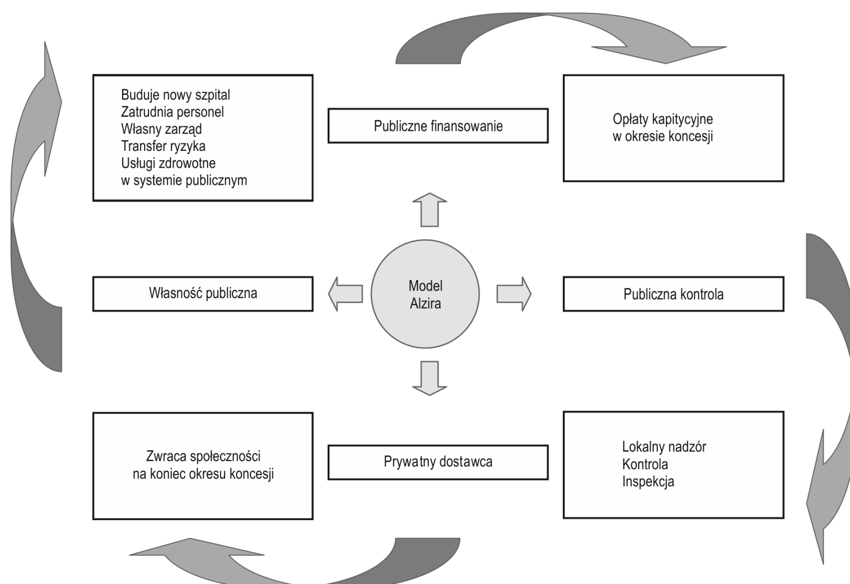
3.3.1. Model Alzira

W rejonie Walencji, w miejscowości Alzira od początku lat 80. XX w. planowano uruchomienie szpitala im. Ribery *(de la Ribera)*, ponieważ mieszkańcy tej miejscowości do najbliższej placówki tego typu zmuszeni byli podróżować 40 km. W tym czasie rząd regionalny zaczął rozważać nowe sposoby finansowania infrastruktury szpitalnej przy udziale prywatnego kapitału. W końcu ogłosił zaproszenie do składania ofert na utworzenie i prowadzenie nowego publicznego szpitala. Po podpisaniu umowy w ramach tzw. partnerstwa

publiczno-prywatnego (PPP) szybko okazało się, że projekt budowy szpitala w oparciu o środki finansowe pochodzące z jego przyszłych przychodów jest niewykonalny, tzn. zakładane przychody z działalności szpitalnej nie wystarczą na wypracowanie nadwyżki pozwalającej sfinansować nakłady poniesione przez realizatorów inwestycji. Dokonano więc zmiany umowy i rozszerzono skład konsorcjum partnerów prywatnych.

W ten sposób szpital *de la Ribera* stał się hiszpańskim pionierem modelu partnerstwa publiczno-prywatnego, w ramach którego prywatnej firmie przyznano kontrakt na budowę i prowadzenie publicznego szpitala. Przyjmując odpowiedzialność za usługi dla ludności w pełnym wymiarze świadczenia usług szpitalnych, model Alzira różnił się od poprzednich relizacji partnerstwa publiczno-prywatnego w opiece zdrowotnej. W Hiszpanii model ten nazywany jest „koncesją administracyjną" lub „model Alzira". Prywatna firma (SPV – spółka specjalnego przeznaczenia) odpowiedzialna za opiekę medyczną nazywa się Tymczasową Unią Firm-Ribera (*Union Temporal de Empresas-Ribera*) (UTERibera). Spółka została założona przez Adeslas, hiszpańskiego prywatnego ubezpieczyciela (51% udziałów), lokalne towarzystwa budowlane[33] Bancaja CAM (45% udziałów) oraz firmę budowlaną Lubasa (4% udziałów).

Szpital został wybudowany w Alzira i służy mieszkańcom rejonu obejmującego prawie 245 tys. ludności. Od momentu ustanowienia UTERibera model koncesji został zastosowany w kilku innych lokalizacjach w Walencji: Torrevieja (2003), Denia (2004), Manises (2006) i Crevillent (2006). Obecnie model ten obejmuje niemal 20% mieszkańców Walencji. W Madrycie w ramach koncesji administracyjnej powstał w 2005 r. szpital Valdemoro.



Rys. 5. Schemat organizacji opieki zdrowotnej w Almira, Hiszpania
Źródło: Hospital de la Ribera, niepublikowany materiał

[33] Towarzystwa budowlane to instytucje finansowe, których właściciele są ich klientami. Odpowiednikiem Polsce są Spółdzielcze Kasy Oszczędnościowo-Kredytowe (SKOK-i).

Jak można zauważyć na rysunku 7 w modelu Alzira cała opieka szpitalna oraz znaczna część opieki ambulatoryjnej rejonu obejmującego 245 tys. mieszkańców jest prowadzona za pośrednictwem pojedynczego podmiotu (UTERibera). Podmiot ten projektuje i buduje nowy szpital, zatrudnia personel medyczny (lub kontraktuje), zarządza całością i przejmuje ryzyko udzielania koniecznych usług zdrowotnych na rzecz przypisanych podmiotowi pacjentów. W zamian za to otrzymuje kwotę kapitacyjną od lokalnej administracji ochrony zdrowia. Usługi szpitalne niewykonywane przez szpital nabywane są w innych szpitalach.

Model Alzira obejmuje:

- publiczną kontrolę,
- publiczne finansowanie,
- publiczną własność (działki i nieruchomości po upływie okresu koncesji),
- prywatne inwestycje w infrastrukturę i zarządzanie w okresie koncesyjnym.

W ramach modelu Alzira koncesja była udzielona na 10 lat z możliwością przedłużenia o kolejne 15 lat. Po upływie tego czasu infrastruktura powinna zostać przekazana publicznej administracji zdrowotnej. Stawkę kapitacyjną ustalono w 1999 r. (w przeliczeniu) na 204€ i założono jej coroczną indeksację o wskaźnik inflacji (CPI). Od 2003 r. dokonano zmiany reguł w tym zakresie i założono indeksację o wzrost (spadek) nadkładów na ochronę zdrowia w regionie. W kolejnych latach stawka osiągała wartości przedstawione w tabeli 8. Nakłady inwestycyjne wyniosły pierwotnie 61 mln euro, w 2003 r. zatwierdzono ich podwyższenie do 68 mln euro. W latach 1999–2003 koncesja obejmowała usługi szpitalne i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, w 2003 r., została rozszerzona o opiekę podstawową. Jednocześnie przedłużono czas trwania koncesji z 15 do 20 lat.

Blisko 250 tys. mieszkańców Alzira, należy do UTERibera, posiada elektroniczne karty identyfikacyjne, na podstawie których rejestrowane są świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w strukturach UTERibera i poza nimi (tu następuje rozliczenie wg zasady „*pieniądze idą za pacjentem*”). UTERibera jest „koordynatorem i kontraktującym” świadczenia opieki zdrowotnej, np. opiekę podstawową kontraktuje w dalszej kolejności lekarzom rodzinnym.

Model Alzira to przykład działań podejmowanych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, gdzie, zgodnie z zapisami koncesji, szpital prowadzony przez prywatne konsorcjum zobowiązany jest do osiągania celów określonych przez rząd Walencji. Osiągane cele (np. czas oczekiwania i liczba szczepień) muszą cechować się wartościami co najmniej takimi, jak uzyskiwane przez ośrodki zarządzane przez publiczną administrację zdrowotną Walencji. Szpital ma motywację do utrzymania wysokich standardów jakości w celu zachowania lojalności pacjentów, ponieważ bierze udział w finansowaniu usług udzielanych poza siecią własnych placówek. Przestrzeganie warunków koncesji jest nadzorowane przez "komisarza", który podlega bezpośrednio ministrowi zdrowia Walencji (polski odpowiednik wicemarszałka województwa odpowiedzialnego za opiekę zdrowotną). Mimo to należy uznać, że przyjęty w modelu Alzira system nadzoru nad jakością usług nie jest rozwinięty w takim stopniu, jak w Wielkiej Brytanii czy USA.

4. Opłacanie usług zdrowotnych

Większość systemów ubezpieczeniowych/zabezpieczenia zdrowotnego opiera się na świadczeniach rzeczowych, co oznacza, że organizacje zarządzające finansami systemu nabywają usługi zdrowotne na rzecz pacjentów. Pacjenci nie ponoszą zatem kosztów nabycia

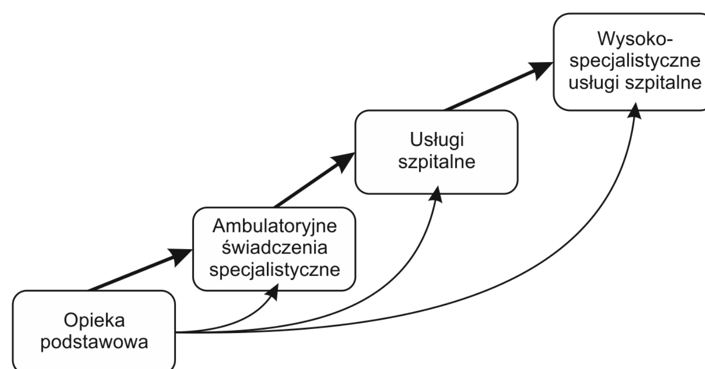
usług w chwili ich uzyskiwania, z wyjątkiem niewielkich kwot w ramach współpłacenia (*cost-sharing*), które mają głównie charakter motywujący do oszczędnego korzystania z usług, a nie istotnego źródła pieniędzy dla placówki czy płatnika. Jeśli zatem płatnicy dokonują opłat za usługi udzielone pacjentom, ich zasadnicze zadanie polega na określeniu, co jest ***przedmiotem*** transakcji finansowej i rozliczeń, oraz w jaki sposób za ten *przedmiot* transakcji zapłacić.

Opłacanie usług i dóbr zdrowotnych (*payment*) jest częścią ***finansowania*** (*financing*) ochrony zdrowia. Poza opłacaniem usług i dóbr, do finansowania zalicza się jeszcze ***gromadzenie*** (*collection*), ***rozkład ryzyka*** (*pooling*) oraz ***alokację środków finansowych*** (*allocation*). Samo opłacanie dóbr i usług historycznie miało bierny charakter i wtedy nazwane zostało płaceniem (*payment*) za dobra i usługi. Z czasem dostrzeżono, że opłacanie dóbr i usług może być aktywne, tzn. świadomie tworzyć mechanizmy i kierować zachowaniami dostawców usług. Taka forma opłacania nazywana jest ***nabywaniem*** (*purchasing*) dóbr i usług, co ma wyrażać aktywną rolę płatnika, świadomie i celowo dobierającego zarówno dostawców dóbr i usług, jak i same dobra i usługi.

W ostatnim półwieczu, w większości rozwiniętych krajów świata administracja ochrony zdrowia starała się kontrolować i powstrzymywać eskalację kosztów opieki zdrowotnej, zapewniając jednocześnie pacjentom dostęp do wysokiej jakości opieki, pozbawiony istotnych barier finansowych lub administracyjnych. Oba wymienione cele są wzajemnie sprzeczne, a mechanizmy ich osiągania są zasadniczo odmienne. Powstrzymanie wzrostu kosztów opieki zdrowotnej najłatwiej można osiągnąć, eliminując finansowanie publiczne, co oczywiście nie jest poważnie rozważane. Co więcej, odrzucany jest nawet istotny poziom współpłacenia za usługi zdrowotne. Mechanizmy kontroli kosztów opieki zdrowotnej mają zatem inny charakter. Mają one oddziaływać na podaż usług i motywacje ekonomiczne usługodawców, zawarte w metodach finansowania, a także w sposób administracyjny regulować dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez formie skierowań i list oczekujących. Najważniejszym mechanizmem pozostaje jednak sposób dokonywania płatności za usługi zdrowotne.

Jeżeli mechanizmy płatności wprowadzane są z rozwagą, prowadzą do lepszego działania całego systemu, umożliwiając osiąganie wysokiej produktywności i jakości, z zachowaniem kontroli nad kosztami. W związku z naturą nauk medycznych, tj. koniecznością specjalizacji z jednej strony i wszechstronności z drugiej, istnieje potrzeba odpowiedniego zaprojektowania podziału ról w systemie. Począwszy od deklaracji z Ałma Aty (1976 r.), oficjalnie promowano kilkupoziomową strukturę, w praktyce różnie rozumianą w poszczególnych krajach, ale sprowadzającą się do logiki zaprezentowanej na rysunku 8.

Zgodnie ze strukturą przedstawioną na rysunku 8 pacjenci powinni mieć dostęp do tzw. opieki podstawowej, oferowanej w krajach wysokorozwiniętych przez lekarzy rodzinnych, lub wielospecjalistyczne zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Na sektorze dostawców usług zdrowotnych powinien spoczywać największy ciężar ilościowy – największa liczba ***kontaktów*** z pacjentem (*encounters*), nadzór nad jego zdrowiem i przebiegiem leczenia. Podstawowa opieka zdrowotna powinna być wspomagana poradnictwem specjalistycznym, konsultacyjnym, które jest istotne głównie na etapie diagnozy i definiowania planu leczenia. W sytuacji cięższych zachorowań pacjenci powinni być kierowani do szpitali bądź ***ogólnych*** (*general*), bądź ***specjalistycznych*** (*specialist*), gdzie wykonuje się niezbędne terapie i przekazuje pacjenta z powrotem pod nadzór opieki podstawowej. Na szczycie tej hierarchii znajdują się **wysokospecjalistyczne ośrodki szpitalne**, często łączące funkcje lecznicze z badawczymi i edukacyjnymi, które powinny zajmować się wyłącznie najbardziej skomplikowanymi i rzadkimi schorzeniami wymagającymi hospitalizacji.



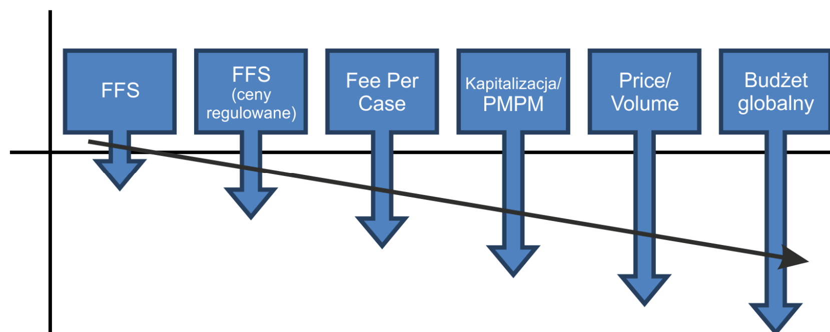
Rys. 6. Teoretyczne założenia poziomów opieki zdrowotnej i praktyka.
Źródło: Opracowanie własne.

W praktyce, z wielu powodów, pacjenci starają się omijać zdefiniowane w ten sposób poziomy opieki zdrowotnej i chcą korzystać z wyższych poziomów niż to wynika z ich potrzeb zdrowotnych. Postawa taka bierze się z przeświadczenia pacjentów o lepszej jakości opieki na wyższych poziomach, związanej z wyższymi kwalifikacjami personelu, co zresztą jest również artykułowane przez samych profesjonalistów medycznych, m.in. w strukturze prestiżu środowiskowego. Skutkiem tych tendencji pozostaje ***nieefektywność alokacyjna*** (*allocative inefficiency*) polegająca na tym, że przypadki schorzeń wymagające leczenia na niższym poziomie opieki są leczone na wyższym. Konsekwencja finansowa tego rodzaju zjawiska to niepotrzebne zużywanie ograniczonych środków finansowych.

W latach 80. XX w. niską jakość działania systemu ochrony zdrowia zaczęto wiązać nie tylko z niedofinansowaniem sektora opieki zdrowotnej, ale także z niewłaściwym zarządzaniem istniejącymi zasobami. Pojawiały się wtedy głosy krytyki dotyczące dezintegracji i fragmentacji opieki, braku ciągłości oraz współpracy poszczególnych jej ogniw, a także wspomnianego wykorzystywania nieadekwatnych poziomów opieki do rozwiązywania określonych problemów. Pojawił się także trend do zastępowania opieki szpitalnej innymi formami opieki, tzn. jednodniową, ambulatoryjną czy domową. Skupienie uwagi na opiece szpitalnej jako elemencie decydującym o wysokości kosztów opieki zdrowotnej wynikało z prostych obserwacji. Ta kategoria usług zdrowotnych wykazuje największą część kosztów każdego systemu ochrony zdrowia i w dominującej większości finansowana jest ze środków publicznych.

We współczesnych systemach ochrony zdrowia wykorzystuje się określony zestaw sposobów opłacania świadczeń, który okazuje się dość ograniczony *(Rys. 7)*, choć w jego stosowaniu kryje się wiele możliwości. Poszczególne sposoby posiadają cechy, które wpływają na określone zachowania usługodawców. Powyższy zestaw obejmuje opłatę za usługę (FFS), opłatę za przypadek, stawkę kapitacyjną, umowy cenowo-wolumenowe oraz budżet globalny. Można byłoby jeszcze dodać wykorzystanie tzw. alokacji budżetowej (*line-items*), choć ta forma została zaniechana po upadku ustroju socjalistycznego w ZSRR i Europie Środkowej. Mówi się również o budżetach historycznych, przy czym pojęcie to określa raczej źródło danej kwoty budżetu globalnego, a nie sposób finansowania usług[34].

[34] Langenbrunner J, Cashin C., O'Dougherty S. (ed.), Designing and implementing health care provider payment systems : how-to manuals. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009



Rys. 7. Metody opłacania usług szpitalnych a skłonność do zwiększania ilości świadczeń opieki zdrowotnej.
Źródło: Opracowanie własne.

Opłata za usługę (fee-for-service, FFS) – jest sposobem finansowania najlepiej rozumianym i najszerzej akceptowanym przez środowiska medyczne. FFS możne być używany w systemach ubezpieczeniowych posługujących się świadczeniami rzeczowymi (*in-kind*) oraz pieniężnymi (*in-cash*). W podstawowym modelu FFS usługi zdrowotne definiowane i nazywane były przez daną placówkę medyczną (brak jednolitego nazewnictwa), podobnie jak cena, którą również ustalała placówka.

Stosowanie pierwotnego modelu FFS związane było z wieloma problemami. Podstawowy problem polegał na ujednoliceniu nazewnictwa czynności, procedur medycznych podlegających rozliczeniu. Firmy ubezpieczeniowe dążą do tego, aby nałożyć obowiązek stosowania jednolitego nazewnictwa (słownictwa) w sprawozdawczości na placówki, z którymi się rozliczają. Jednak w wypadku posiadania przez placówkę kontraktów z wieloma ubezpieczycielami, dochodzi do sytuacji, kiedy placówka musi posługiwać się wieloma różnymi słownikami, co znacznie powiększa jej obowiązki administracyjne. W związku z brakiem jednolitego nazewnictwa, oczywisty jest brak jednolitych cen. W zależności od pozycji i siły rynkowej, ceny ustanawiane były przez poszczególne placówki, a ubezpieczyciel opłacał zwykle określony odsetek ceny (np. 75% we Francji). Dostawca usługi medycznej miał znaczne możliwości kształtowania lub wręcz manipulacji ceną, biorąc pod uwagę podporządkowaną pozycję pacjenta w relacji z lekarzem.

Opłata za usługę (FFS) z cenami regulowanymi – ta forma płatności za usługi lekarskie i część innych usług (np. diagnostyczne) występuje np. we Francji, w Niemczech (z określeniem limitów budżetu na poziomie wszystkich lekarzy danego landu) oraz w USA *(Medicare*, *Medicaid)*. Podstawą tego modelu jest katalog procedur wykonywanych przez placówki i poszczególnych profesjonalistów zdrowotnych, wraz z ceną. Model FFS z cenami regulowanymi był najczęściej efektem ewolucji pierwotnego modelu FFS scharakteryzowanego wcześniej. Ewolucja ta zwykle przebiegała w ten sposób, że najpierw następowało ujednolicenie nazewnictwa (co czyniły często środowiska medyczne we własnym interesie, ponieważ dostrzegały ogrom problemów wynikających z dowolności terminologicznej). Następnie dochodziło do określenia cennika dominującego ubezpieczyciela, którym najczęściej był fundusz publiczny, a cennik ten często bywał akceptowany przez fundusze prywatne.

Jak można przypuszczać w modelu tym występuje silna motywacja do wykonywanie wielu procedur medycznych. Aby opanować nieco przyrost kosztów, ważną rolę odgrywa mechanizm współpłacenia (*risk-sharing*) przez pacjenta w formie odsetkowego współpłace-

nia za każdą usługę (Francja) lub/i kwotowego, stałego współpłacenia (Niemcy, USA) czy odpowiedzialności pacjenta za pierwsze koszty (*deductible*) (USA). Mimo działania barier tego rodzaju koszty ubezpieczenia stosującego model FFS (z regulacją cen) stale rośnie, ponieważ stale rośnie *wielkość „produkcji”* placówek medycznych. W niektórych zastosowaniach modelu ryzyko wzrostu kosztów systemu przenoszone jest na usługodawców w ten sposób, że istnieją maksymalne limity wydatków, co oznacza, że cena za usługę spada wraz ze wzrostem produkcji (Niemcy).

Opłata za przypadek (*fee-per-case,* FPC) – jest sposobem opłacania świadczeń opieki zdrowotnej, gdzie dostawca usług zdrowotnych otrzymuje zryczałtowaną opłatę za opiekę nad pacjentem o określonych cechach. Model ten wymaga przede wszystkim zdefiniowania *kategorii* pacjentów wg określonych kryteriów oraz określenia *ceny* za leczenie pacjenta przyporządkowanego do danej kategorii. Płatnik dokonuje płatności na rzecz dostawcy usług, niezależnie od liczby i rodzaju wykonanych usług/procedur medycznych, według oparciu o stawkę przypisaną danej *kategorii* pacjenta. W ten sposób na płatniku spoczywa ryzyko finansowe związane z *liczbą* pacjentów w określonych kategoriach, natomiast na dostawcę usług przesuwane jest ryzyko i odpowiedzialność za *proces terapeutyczny* i koszty związane z wyborem metody, ilością zasobów zużytych w trakcie tego procesu itp. W modelu tym wszystkie usługi/procedury wykonane na rzecz pacjenta zaklasyfikowanego do danej kategorii są wliczone do *ryczałtowej* ceny za przypadek. Przykładami zastosowania modelu FPC jest system finansowania usług szpitalnych w USA (z wykorzystaniem systemu klasyfikacyjnego DRG) lub podobny system dotyczący usług pielęgnacyjnych z wykorzystaniem systemu klasyfikacyjnego pn. *resource utilization group*s (RUG-III).

W wypadku typowego modelu FPC główne motywacje stron są następujące:

- dostawcy starają się zaklasyfikować pacjentów do najwyżej wycenionych grup. Drogą do tego jest odpowiednie dobranie kodów procedur i chorób z odpowiedniego systemu klasyfikacyjnego (np. ICD-9-CM, ICD-10). W skrajnych sytuacjach dochodzi do nadużyć (tzw. *upcoding*), co jest traktowane jako fałszerstwo i zwalczane przez płatników oraz wymiar sprawiedliwości;
- dostawcy starają się oszczędnie prowadzić proces diagnostyczno-terapeutyczny, co czasem może prowadzić do niedostatecznego korzystania (*underutilisation*) przez pacjentów z procedur i dóbr. Płatnicy starają się zapobiegać temu zjawisku – pojawiają się mierniki minimalnego zużycia zasobów placówki medycznej (np. konieczność spędzenia minimum 1 dnia po porodzie w szpitalu);
- dostawcy mogą wykazywać tendencje do selekcji pacjentów (*cream skimming, adverse selection*) polegającej na przyjmowaniu pacjentów w stosunkowo dobrym stanie zdrowia, a odsyłaniu do innych placówek pozostałych. Płatnicy starają się wychwytywać zjawiska tego rodzaju i zapobiegać im w formie nakładania kar za podobne praktyki (np. w USA obniża się odpłatność za przypadek pacjenta odesłanego do innej placówki, a nie do domu);
- dostawcy mają skłonność do przyjmowania pacjentów do placówki (np. szpitala) w wyniku stosowania niskich kryteriów kwalifikacji do przyjęcia, co wpływa na poprawę dostępności, ale jednocześnie może prowadzić do zbędnych przyjęć. Odpowiedzią płatników jest stosowanie zachęt do leczenia ambulatoryjnego, wymóg posiadania skierowań (np. od lekarza *gate-keeper'a)*, preautoryzacji przed przyjęciami planowymi, retrospektywnych ocen zasadności przyjęć itp.

W wypadku stosowania modelu FPC spory między dostawcami usług a płatnikami, obok wymienionych wyżej, dotyczą najczęściej logiki konstrukcji poszczególnych grup/kategorii pacjen-

tów oraz ich wyceny. *Wycena* danej kategorii rozliczeniowej oznacza w praktyce uśrednienie kosztów leczenia pacjentów kwalifikowanych do danej kategorii. W samym pojęciu *uśrednienia* zawiera się założenie, że dla pewnych dostawców usług wycena będzie korzystna (będą osiągać zysk z leczenia pacjentów kwalifikowanych do danej kategorii), dla innych natomiast będzie niekorzystna (będą ponosić straty). Uśrednienie oznacza również, że pacjenci zakwalifikowani do określonej kategorii, mimo różnych kosztów leczenia, przynoszą placówce taki sam przychód. Nieprawidłowa wycena może prowadzić do tego, że całe specjalności medyczne lub *linie produktów* mogą być nierentowne lub nadmiernie rentowne, co będzie prowadzić do niedostatecznego dostępu do jednych świadczeń, oraz nadużywania i nieuzasadnionego wzrostu *produkcji* w innych obszarach opieki zdrowotnej (np. bardzo korzystna wycena pacjentów podawanych zabiegom kardiologii inwazyjnej, prowadząca do gwałtownego rozwoju związanej z tą specjalnością infrastruktury oraz zaniżaniu wskazań do zabiegów).

Tabela 4. Metody opłacania usług podstawowej opieki zdrowotne i motywacje z nimi związane.

	Charakterystyka			
Metoda finansowania	**Stawka ustalana prospektywnie czy retrospektywnie?**	**Płatność dokonywana prospektywnie czy retrospektywnie?**	**Płatność oparta na strukturze czy produktach?**	**Motywacje dla dostawców**
Budżet	prospektywnie	prospektywnie	struktura	Niska produkcja usług, skierowywanie do innych dostawców, brak motywacji do modyfikacji struktury, wydawanie wszystkich pieniędzy na koniec roku
FFS (ustalone stawki, łączenie usług)	prospektywnie	retrospektywnie	produkty	Zwiększanie produkcji usług, także ponad poziom potrzeb, ograniczanie zasobów na usługę
FFS (brak ogólnych stawek)	retrospektywnie	retrospektywnie	struktura	Wzrost ilości usług, wzrost zaangażowania zasobów
Per capita	prospektywnie	prospektywnie	produkty	Wzrost efektywności oferowanej opieki, przyciąganie nowych klientów, ograniczanie zaangażowania zasobów, ograniczanie dostępu do usług, kierowanie do innych dostawców, koncentracja na mniej kosztownych usługach, promocji i prewencji, skłonność do *spijania śmietanki*

Źródło: Langenbrunner 2009

Kapitacja (w tym opłaty typu *per-member-per-month*, PMPM) – jest to sposób opłacania usług i dóbr w oparciu o uśrednioną ryczałtową kwotę, przypadająca na osobę objętą opieką wa okresie sprawowania opieki. Kapitacja najczęściej stosowana jest do opłacania opieki podstawowej (m.in. Polska) oraz pakietów szerszych, obejmujących opiekę podstawową, a także inne formy (brytyjskie *Primary Care Trusts* (PCT) lub amerykańskie *managed*

care organizations (MCO)). Coraz częściej bywa stosowana do finansowania opieki w ramach tzw. *disease management*, a nawet opieki szpitalnej (np. w formie miesięcznych opłat za opiekę nad jednym członkiem populacji, PMPM).

W modelach opłacania kapitacyjnego dostawca usług zdrowotnych otrzymuje stałą kwotę na *zapewnienie* opieki nad określoną populacją przez określony okres czasu, bez względu na faktycznie wykonaną liczbę usług i dostarczonych dóbr. W modelu tym główne motywacje dostawców są następujące:

— dobieranie pacjentów przynoszących znaczny przychód i minimalne koszty;
— unikanie pacjentów, od których można oczekiwać częstego korzystania z usług;
— unikanie pacjentów wymagających („roszczeniowych");
— ograniczanie ilości usług zdrowotnych proponowanych pacjentom;
— tendencja do *odsyłania* pacjentów do innych świadczeniodawców, o ile jest to możliwe.

Jednocześnie notuje się:

— optymalizację procesu diagnostyczno-terapeutycznego w celu ograniczania kosztów i, o ile istnieje presja płatnika, podwyższania jakości;
— orientację na *efekt* (wyleczenie, zachowanie zdrowia), a nie na *produkt* (w postaci porady, hospitalizacji);
— dbałość o dokumentowanie procesu leczenia i korzystanie z tej informacji w kolejnych epizodach chorobowych;
— orientację na zaspokojenie oczekiwań pacjenta w celu utrzymania go na liście;
— zainteresowanie zachowaniem zdrowia przypisanej populacji.

Mechanizm *kapitacyjny* opłacania usług, mimo pozornej prostoty, wymaga kompetencji i wysiłku ze strony płatnika, aby redukować naturalne zagrożenia, a wzmacniać zjawiska pozytywne. Niezbędnym elementem *kapitacyjnego* systemu finansowania jest:

— odpowiednie zdefiniowanie zakresu świadczeń pakietu objętego finansowaniem *kapitacyjnym*. Świadczenia objęte takim finansowaniem powinny w szczególności: 1/ być podatne na zarządzanie z poziomu dostawcy usług, 2/ przewidywalne i powtarzalne w założonej wielkości populacji, 3/ możliwe do monitorowania ilościowego i jakościowego;
— wypracowaniem mechanizmów oceny ryzyka finansowego i wiązania stawki *kapitacyjnej* z jego wielkością. W praktyce oznacza to konieczność posiadania informacji o korzystaniu ze świadczeń przez daną populację w poprzednich okresach;
— wypracowanie mechanizmów oceny ilości oraz jakości dostarczanych świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem wykrywania sygnałów niewłaściwego i szkodliwego dla pacjentów zaniżania dostępu do świadczeń;
— wypracowanie możliwości dokonywania wyboru dostawcy usług przez pacjenta, ew. dokonywania jego zmiany, szczególnie w sytuacji ograniczania dostępu do usług;
— wypracowanie modelu opieki w postaci standardów, wytycznych oraz dokonywanie oceny zgodności postępowania usługodawców z kluczowymi elementami modelu;
— wypracowanie narzędzi zapobiegania selekcji pacjentów (*adverse selection* lub *cream skimming*).

Opłaty *kapitacyjne* bywają uzupełniane opłatami za usługę w celu pobudzenia korzystania z określonych priorytetowych usług (np. profilaktycznych).

Umowa kosztowo-wolumenowa (*price/volume*) – jest to forma płatności, w ramach której płatnik określa globalną wartość zakupu i spodziewaną liczbę usług. Pomiar wolumenu usług dokonywany jest poprzez liczbę usług (*services*) lub liczbę przypadków (*cases*). Najważniejszym zadaniem stron przed podpisaniem umowy kosztowo-wolumenowej jest oszaco-

wanie właściwej liczby usług/przypadków oraz opracowanie zasad postępowania w razie wystąpienia różnic w zaplanowanych wielkościach. Większość kontraktów zawieranych w Polsce przez Narodowy Fundusz Zdrowia ma charakter umów kosztowo-wolumenowych, podobnie jak znaczna część kontraktów ze szpitalami zawierana przez brytyjskie PCT, a także kontrakty niemieckich kas chorych ze szpitalami.

W umowach tego rodzaju występują różnice, które dotyczą najczęściej:

- sposobu pomiaru wolumenu usług – umowy zakładają, że płatność dokonywana jest na podstawie informacji o ilości wykonanych usług/leczonych przypadków. Zatem jednostką miary wolumenu usług są np. punkty rozliczeniowe przypisane poszczególnym procedurom medycznym lub punkty rozliczeniowe przypisane kategoriom pacjentów definiowanych w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP w Polsce, G-DRG w Niemczech itp.);
- wielkości płatności – płatność dokonywana jest okresowo (np. miesięcznie), po sprawozdaniu przewidywanej ilości usług/przypadków. Różnice dotyczą traktowania odstępstw od wielkości planowanych w danym okresie rozliczeniowym. Znane w Polsce tzw. *nadwykonania*, czyli przekroczenie planu dotyczącego liczby usług zwykle nie prowadzą do automatycznego finansowania tych przekroczeń przez płatnika. Najczęstszą metodą jest finansowanie przez płatnika ***części*** kosztów, co oznacza, że za usługi wykonane ponad planowaną wielkość dostawca otrzymuje np. 30% kwoty wynikającej z iloczynu wielkości *nadwykonań* i podstawowej stawki płatności za daną usługę. Finansowana część kosztów często koresponduje z wielkością ***kosztów marginalnych*** (*marginal costs*) dostawcy, wynikających z wyprodukowania każdego dodatkowego świadczenia. W wypadku wykonania niższej liczby usług niż planowana, odpłatność jest odpowiednio zmniejszana. W niektórych umowach, np. w Polsce, *nadwykonania* nie są refundowane lub refundacja jest możliwa tylko w pewnych okolicznościach (np. przypadki ratowania życia);
- kryteria jakościowe obowiązujące dostawcę świadczeń – jakość usług, obok ich ilości, jest elementem poddawanym monitorowaniu. Kryteria oceny jakości dotyczą: elementów struktury (warunki lokalowe, sprzętowe i kadrowe), podobnie jak w Polsce; elementów procesu (np. elementy diagnostyki i terapii, które powinny wystąpić w danym zakresie usług); elementów wyniku (np. liczba rehospitalizacji, długość listy oczekujących, proporcja hospitalizacji do usług ambulatoryjnych);
- sposób dokonywania oceny jakości działania – najczęściej ocena jakości (w tym ww. elementów) dokonywana jest na zasadzie: 1/ spełniania minimum jakościowego (np. kadrowego), 2/ porównania stopnia osiągania pożądanych wskaźników przez porównywalne placówki (*benchmarking*), 3/ osiąganie postępu w poprawie wskaźników, co czyni ten aspekt podobnym do kontraktów kapitacyjnych oraz kontraktów w ramach budżetu globalnego.

Umowy kosztowo-wolumenowe w zarysowanej powyżej formie dają płatnikowi względną pewność dotyczącą wydatków na świadczenia w danym okresie, ale z drugiej strony określają liczbową barierę wykonanych usług, co w wypadku wzrostu zapotrzebowania może prowadzić do niezaspokojenia oczekiwań pacjentów/ubezpieczonych. Z drugiej strony, w razie spadku zapotrzebowania, płatnik ma szansę na zaoszczędzenie części niewydanych środków finansowych. Ryzyko finansowe dzielone jest między płatnika a dostawców usług. Z drugiej strony usługodawcy dysponują względną przewidywalnością dochodów, ale jednocześnie posiadają ograniczone możliwości ekspansji (zwiększenia sprzedaży). Dodatkowym ryzykiem dostawców usług zdrowotnych, wynikającym z charakterystyki rynku i regulacji ochrony zdrowia jest zagrożenie zobowiązania dostawcy do wykonania usług ponad zakontraktowany zakres, za które nie dostanie wynagrodzenia. Ponadto dostawcy

usług mają również motywację do oszczędnego działania, co w patologicznych sytuacjach może prowadzić do nieudzielania pacjentom niezbędnych świadczeń.

Tabela 5. Sposoby opłacania usług szpitalnych i wynikające z nich motywacje.

Metoda finansowania	Charakterystyka: Stawka ustalana prospektywnie czy retrospektywnie?	Charakterystyka: Płatność dokonywana prospektywnie czy retrospektywnie?	Charakterystyka: Płatność oparta na strukturze czy produktach?	Motywacje dla dostawców
Budżet	prospektywnie	prospektywnie	struktura	Niska produkcja usług, skierowywanie do innych dostawców, brak motywacji do modyfikacji struktury, wydawanie wszystkich pieniędzy na koniec roku
FFS (ustalone stawki, łączenie usług)	prospektywnie	retrospektywnie	produkty	Zwiększanie produkcji usług, także ponad poziom potrzeb, ograniczanie zasobów na usługę
FFS (brak ogólnych stawek)	retrospektywnie	retrospektywnie	struktura	Wzrost ilości usług, wzrost zaangażowania zasobów
Osobodzień	prospektywnie	retrospektywnie	produkty	Wzrost osobodni, ograniczanie zasobów na dzień pobytu, wzrost liczby łóżek
Przyjęcia wg case-mix	prospektywnie	retrospektywnie	produkty	Wzrost liczby przyjęć, w tym niekoniecznych, ograniczanie zużycia zasobów na przyjęcie, wzrost przychodu z przyjęcia, ograniczenie czasu pobytu, przesunięcie niektórych funkcji poza szpital (np. rehabilitacja)
Budżet globalny wg case mix	prospektywnie	prospektywnie	Produkty lub struktura	Ograniczanie liczby usług, kierowanie do innych dostawców, wzrost struktury, wzrost przychodu z przyjęcia

Źródło:Langenbrunner 2009

Warunkiem powodzenia działań systemowych w ramach tego rodzaju kontraktu jest odpowiedni poziom kompetencji płatnika, jego zdolności do monitorowania działań usługodawców, m.in. z wykorzystaniem informacji o odczuciach i opiniach pacjentów na temat procesu i wyników leczenia.

Budżet globalny – jest to forma płatności charakterystyczna dla budżetowych systemów finansowania świadczeń, choć rozpowszechniona również w krajach o systemie ubezpieczeniowym (np. Francja). Podstawowym założeniem finansowania w ramach *budżetu globalnego* jest pełna przewidywalność wydatków płatnika i przychodów dostawcy usług. Niezależnie od wielkości produkcji (liczby i charakteru leczonych pacjentów), dostawca otrzymuje ustaloną między nim a płatnikiem kwotę. Podstawowym zadaniem staje się określenie wielkości budżetu.

Budżet globalny można budować na podstawie:

— przeliczników uwzględniających infrastrukturę i rodzaj kosztów (*line item budget*) – metoda tego rodzaju obowiązywała m.in. w Polsce i w większości krajów socjalistycznych w II połowie XX w. Składnikami budżetu były wtedy takie elementy, jak fundusz płac (zależny od liczby zatrudnionych), fundusz wydatków „okołopłacowych" (powiązany z poprzednim), fundusz na żywienie pacjentów, leki i materiały medyczne, energię i wodę, zakupy inwestycyjne. Zwykle zarząd instytucji posługującej się tą formą płatności nie ma pełnej możliwości przesuwania wydatków z jednej pozycji księgowej na drugą. W Polsce lat 90. XX w. skutkowało to deficytem środków na jedne wydatki z jednoczesnym niewykorzystaniem środków w innej pozycji budżetu;
— budżetu historycznego – pod warunkiem istnienia kilkuletniej historii finansowania danej placówki; kolejne budżety roczne mogą być określane na podstawie danych z roku poprzedniego, zmienianych adekwatnie do zmian w budżecie płatnika. Metoda budżetu historycznego jest najprostszą z możliwych, może być stosowana jako uzupełnienie innych, również ww. metod i wykorzystywana do dzisiaj m.in. w krajach nordyckich. Jest to jednak metoda najbardziej pasywna, a jej wieloletnie stosowanie prowadzić może do destrukcji elementów systemu opieki zdrowotnej, co przejawia się tym, że dostawcy ponoszący najmniejszy wysiłek (a tym samym koszty) najwięcej zyskują, ponieważ ich koszty funkcjonowania są zwykle niższe niż dostawców aktywnych, przyjmujących wielu kosztochłonnych pacjentów;
— budżet globalny modyfikowany wykonaniem – metoda stosowana w ostatnich latach coraz szerzej, polegająca na corocznym adaptowaniu wielkości budżetu do wolumenu usług wykonanego w roku poprzednim. W Niemczech do 2002 r. adaptowano wielkość budżetu szpitali do liczby osobodni hospitalizacji za rok poprzedni; we Francji natomiast do liczby punktów ISA wypracowanych dwa lata wcześniej. Najnowsze rozwiązania wiążą wzrost budżetu globalnego z osiąganiem określonych celów o charakterze wskaźników zdrowotnych. Metoda ta zalicza się do kategorii zwanej *wynagrodzeniem za jakość (wynik)* (*payment for result*, *PfR*), co ma odróżniać ją od powszechnego wcześniej mechanizmu dokonywania opłat za *produkt*.

Budżety globalne dają płatnikowi pewność co do wydatków w danym okresie rozliczeniowym, dostawcy usług mają z kolei pewność przychodów. Jeśli budżet globalny jest bezwarunkowy, dochodzi do spadku liczby usług oraz często ich jakości.

Można zapobiec temu zjawisku przez ostanowienie celów:

— ilościowych, wtedy kontrakt zaczyna mieć charakter *umowy kosztowo-wolumenowej*,
— jakościowych, wtedy kontrakt nabiera cech modelu *wynagrodzenia za jakość.*

Podobnie jak w wypadku kapitacji, strony umowy powinny być dobrze przygotowane merytorycznie i informacyjnie, w tym powinny być w stanie zaplanować konieczną liczbę usług oraz zdefiniować i poddać pomiarowi określone parametry jakościowe.

4.1. Wynagrodzenie za jakość

W poszukiwaniu optymalnego sposobu opłacania usług zdrowotnych w ostatnich latach opracowano pewne założenia i wdrożono kilka eksperymentalnych narzędzi. Sposoby te nazwano wspólnym terminem *opłacanie za jakość (payment for result, PfR, payment for performance P4P),* choć poszczególne rozwiązania mogą się bardzo od siebie różnić. Definicja P4P różni się w zależności od źródła, jednak łącznikiem między rożnymi definicjami jest pojęcie jakości, głównie w wymiarze jakości wyniku (*performance, result*) oraz opłaty (*payment*).

Tabela 6. Definicje systemów opłacania za jakość (pay-for-performance).

AHRQ	Płacenie więcej za osiąganie lepszych wskaźników jakości (źródło: AHRQ)
CMS	Korzystanie z metod opłacania i innych zachęt w celu poprawy jakości i skierowanej na pacjenta wysokiej jakości opieki (źródło: Center for Medicare i Medicaid Services, 2006)
RAND	Ogólna strategia promowania poprawy jakości przez nagradzanie dostawców usług, którzy spełnili określone oczekiwania dotyczące jakości opieki zdrowotnej lub jej efektywności (źródło: RAND Corporation)
World Bank	Zakres mechanizmów mających na celu zwiększenie jakości działania systemu zdrowia przez motywacyjny system płatności (źródło: Bank Światowy,2008)
USAID	P4P wprowadza zachęty (głównie finansowe) do osiągania pozytywnych wyników zdrowotnych (źródło: Eichler i De, 2008)
Centre for Global Development	Transfer pieniędzy lub dóbr materialnych warunkowany mierzalnymi działaniami lub osiągnięciem uprzednio określonych wskaźników jakości (źródło: Oxman i Fretheim, 2008)

Źródło: OECD 2010.

Pożądane działania[35] systemów opłacania usług zdrowotnych posiadających cechy P4P:

— umożliwiać i zachęcać dostawców usług do udzielania pacjentom uznanych procedur opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, wydajności i w sposób skoncentrowany na pacjencie;
— wspomagać i zachęcać dostawców do inwestowania, innowacji i podjęcia innych działań, które prowadzą do poprawy skuteczności, jakości i odpowiednich rezultatów w terapii pacjentów i/lub zmniejszaniu kosztów;
— nie zachęcać lub wynagradzać nadmiernego stosowania procedur medycznych, korzystania z usług drogich (o nieuzasadnionych cenach), zbędnych lub wtórnych hospitalizacji, świadczenia usług niepoprawiających istotnie stanu zdrowia pacjentów, nieskutecznych lub nieakceptowanych przez pacjentów;

[35] Miller, H. 2007. “Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform.” Report for the Commonwealth Fund, New York. www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=522583.

— nie nagradzać dostawców za niewystarczające stosowanie procedur i dóbr medycznych (*undertreatment*) wobec pacjentów lub za wyłączanie pacjentów spod opieki z powodu poważnych schorzeń lub innych czynników ryzyka medycznego;
— nie nagradzać dostawców za błędy lub niepożądane zdarzenia;
— ustanowić odpowiedzialność dostawców za jakość i koszty znajdujące się wyłącznie pod ich kontrolą;
— wspierać i zachęcać wielu dostawców do koordynacji opieki nad pacjentem, a zniechęcać ich do przenoszenia kosztów na innych usługodawców bez ich wyraźnej zgody;
— zachęcać pacjentów do zachowań, które poprawią przestrzeganie zalecanych procedur opieki zdrowotnej, zoptymalizują efekty i obniżą koszty opieki;
— nie nagradzać krótkoterminowych obniżek kosztów na koszt kosztów długookresowych oraz zwiększania kosztów pośrednich, w celu zmniejszenia kosztów bezpośrednich;
— nie zachęcać dostawców do zmniejszania kosztów opieki zdrowotnej u jednego płatnika przez zwiększanie kosztów u innych płatników, chyba że zmiany prowadzą do bardziej przystosowanego modelu płatności dla nich obu;
— minimalizować koszty administracyjne dostawców ponoszone w związku ze stosowaniem zasad systemu płatności;
— ujednolicać zasady i metody płatności w sytuacji funkcjonowania wielu płatników, w celu uniknięcia niepotrzebnych różnic w zachętach dla usługodawców.

Testowanie nowych form opłacania usług zdrowotnych, w oparciu o zasadę P4P, przeprowadzano w ostatnich latach w krajach rozwiniętych, jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Nowa Zelandia, Hiszpania i Niemcy, w krajach rozwijających się, jak Brazylia, Chiny i Indie, a nawet w krajach o niskim dochodzie, jak Rwanda. System P4P jest badany pod względem poprawy jakości opieki oraz efektywności kosztowej. Mimo ograniczonej liczby dowodów o wymiarze naukowym, wynikającej z tego, że systemy te są nowe i przeprowadzono niewiele formalnych planowych ocen, obecne doświadczenie sugeruje, że istnieje możliwość poprawy jakości i efektywności.

Podstawowym celem P4P jest uzależnienie płatności od osiągania założonych wskaźników jakości, a ściślej – jakości w wymiarze procesu (*process*) lub wyniku (*outcome*). Jednocześnie element ten stanowi największe wyzwanie, szczególnie w odniesieniu do jakości wyniku. W wielu wypadkach informacje dotyczące jakości nie są rutynowo zbierane. W związku z tym częścią koncepcji P4P jest zbieranie informacji, wymagające potencjalnie kosztownych inwestycji w sprzęt IT, szkolenia i oprogramowanie. Ponieważ lekarze często narzekają na obciążenia biurokratyczne i nie sprawozdają wskaźników klinicznych, dlatego muszą być dodatkowo zachęceni do przekazywania informacji tego rodzaju. Wiele systemów typu P4P płaciło lekarzom dodatkowe kwoty, aby ich zachęcić nie tylko do przesyłania wspomnianych informacji, ale również do finansowania komputeryzacji praktyk. Te koszty początkowe często są wyższe niż oszczędności wygenerowane w krótkim okresie.

Ogólne ramy systemu P4P zaprezentowano na rysunku 10. Ramy te obejmują miary jakości działania (*performance*), podstawę uzyskania nagrody i samą nagrodę, która może mieć charakter finansowy i pozafinansowy. Jakość i efektywność są dwiema głównymi kategoriami mierników. Bywają również nazywane miarami strony podażowej (*supply-side measures*), ponieważ dotyczą dostawcy usług zdrowotnych.

Pierwszy składnik systemu P4P to pomiar jakości wg znanego schematu Donabediana (struktura, proces, wynik). Wskaźniki *struktury* odnoszą się do placówek opieki zdrowotnej, w tym do jakości pomieszczeń, sprzętu, leków i materiałów medycznych, technologii infor-

matycznych oraz samych zasobów ludzkich. Wskaźniki *procesu* komponowane są z kluczowych elementów procedury świadczenia usług zdrowotnych, która została uznana za właściwą w branżowych wytycznych (*guidelines*), protokołach zarządzania chorobą, procedurach prewencji itp. Przykładami wskaźników procesu jest poziom zaszczepionych dzieci, odsetek kobiet, w określonym przedziale wiekowym, objętych skriningiem w kierunku raka piersi lub raka szyjki macicy. Najbardziej pożądane, a jednocześnie najtrudniejsze do wykorzystania są wskaźniki *wyniku*. Ostatecznym miernikiem wyniku jest przedłużenie czasu życia, zapobieżenie zgonom, obniżenie śmiertelności w danej grupie chorób, czy zapobieżenie wystąpieniu chorób (spadek zapadalności) itp. Wskaźniki te: są stosunkowo mało wrażliwe na zmianę działania dostawców opieki zdrowotnej; pojawiają się ze znacznym opóźnieniem w stosunku do podjętych działań, a ponadto wpływa na nie bardzo wiele czynników leżących poza kontrolą dostawcy usług zdrowotnych. Z konieczności zatem w systemie P4P wykorzystuje się mierniki wyniku, które można uznać za mierniki pośrednie (*intermediary outcome measures*), do których należy ciśnienie krwi, poziom cukru we krwi, cholesterolu czy hemoglobiny glikozylowanej.

Poza wskaźnikami jakości opieki dostawcy mogą być nagradzani za osiąganie postępu w zakresie *efektywności* (*efficiency*) opieki. Miarą efektywności są koszty, których udaje się uniknąć w procesie opieki nad pacjentem. Typowymi miarami efektywności opieki są: liczba przyjęć szpitalnych w trybie nagłym pacjentów należących do grupy ryzyka (np. pacjentów cukrzycowych, z chorobami krążenia itp); koszty refundacji leków; liczba rehospitalizacji itp. Istotne jest, żeby wskaźniki efektywności pozwalały płatnikowi uniknąć określonych kosztów finansowych, ale bez pogorszenia jakości usług lub wystąpienia kosztów w innym sektorze (np. uniknięcie refundacji kosztownych leków przy zwiększonej częstości przyjęć szpitalnych). Dlatego projektowanie mierników oraz ich interpretacja powinny zakładać pewną elastyczność i zdrowy rozsądek, a w szczególności odniesienie wskaźników wyniku do profilu pacjentów (*case-mix*), czyli stanu zdrowia populacji.



Rys. 8. Ramy systemów P4P.
Źródło: OECD 2010

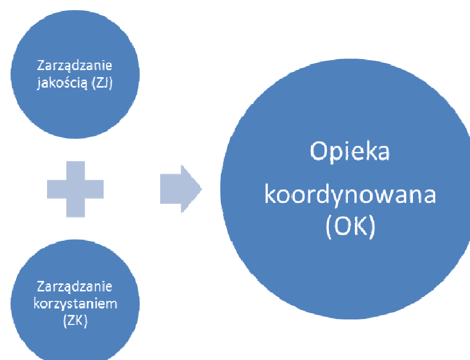
Wskaźniki jakości i efektywności znajdują odbicie w uzyskiwanym przez usługodawców poziomie płatności po osiągnięciu przez te wskaźniki określonego pułapu, poprawie wskaźników lub wyznaczeniu za ich pomocą odpowiedniego miejsca danej placówki w tworzonym

rankingu *(Rys. 8)*. Przykładem osiągnięcia określonego poziomu wskaźnika może być uzyskanie przyjętego odsetka kobiet przebadanych w programach skriningowych raka piersi lub szyjki macicy. Rozwiązanie tego rodzaju, zastosowane m.in. w brytyjskim systemie *Quality Outcome Framework*, mimo że czytelne i stosunkowo proste do wprowadzenia, w pewnym stopniu dopuszcza nierówny start usługodawców, ponieważ w populacjach o różnej strukturze osiąganie zakładanego wskaźnika jest zróżnicowane. Uzyskanie określonego poziomu wskaźnika może oznaczać nagrodę za osiągnięcie poziomu docelowego (*threshold*) (np. 80%) lub nagrodę skalowaną wg stopnia osiągnięć (np. za 30% poprawę – mniejsza nagroda, za 50% – większa). Nagradzanie za postęp/progresję w zakresie danego wskaźnika z kolei premiuje placówki, które startują z niskiego poziomu wskaźników objętej opieką populacji. Nagroda bywa wtedy proporcjonalna do skali zmiany (np. zmiana poziomu szczepień wśród dzieci z 70% do 80% lub z 85% do 90%).

Trzecim z ww. rozwiązań jest tworzenie rankingu placówek wg wartości przyjętego wskaźnika stanowiącego kryterium rankingu. Nagradzane są placówki znajdujące się na czele zestawienia. Rozwiązanie to w pewnym stopniu pomija problem *bazy*, dlatego można je stosować do wielu kryteriów osobno (np. ranking skriningu, ranking jakości opieki nad cukrzykami). Sposób oceny tego rodzaju jest przede wszystkim atrakcyjny dla pacjentów i może być wykorzystywany do wzmacniania pozycji pacjenta *(przez zmniejszanie nierównowagi informacyjnej)*, szczególnie kiedy ma on możliwość wyboru uslugodawcy.

5. Zarządzanie korzystaniem ze świadczeń

Pojęcie *opieka kierowana* jako synonim pojęcia *opieka koordynowana*, wykorzystywanego w niniejszym opracowaniu, pochodzi stąd, że dwa aspekty świadczenia usług medycznych podlegają aktywnemu kierowaniu – *jakość* oraz *korzystanie ze świadczeń*. Celem podejmowania wysiłku *kierowania* opieką jest uzyskanie wyższej jakości opieki z kontrolowanym wykorzystaniem zasobów.

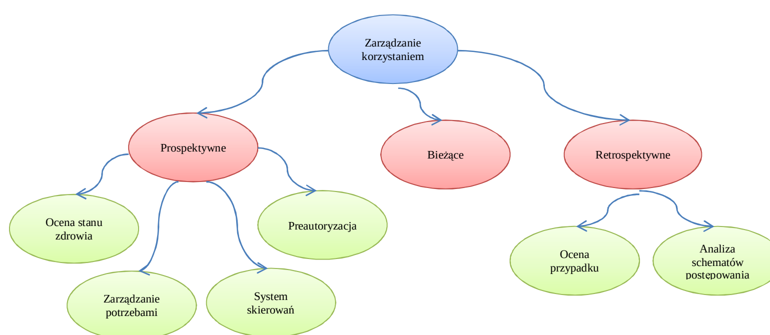


Rys. 9. Zarządzanie jakością oraz korzystaniem z opieki jako składowe opieki koordynowanej.
Źródło: Opracowanie własne.

Oba ww. aspekty *opieki koordynowanej* (OK) obecne są w wielu systemach opieki zdrowotnej i nie są nowością ani w sensie koncepcji, ani zastosowania. Od tradycyjnych

systemów zapewniania świadczeń zdrowotnych OK odróżnia aktywne przenikanie się tych aspektów oraz podporządkowanie im podstawowych narzędzi, w formie sposobu finansowania i nadzoru nad procesem opieki zdrowotnej.

Projektodawcy i menedżerowie organizacji opieki koordynowanej (OOK) świadomi zjawisk, jakimi rządzi się ochrona zdrowia, starają się oddziaływać na zachowania uczestników systemu w taki sposób, aby uzyskiwać maksymalne wyniki przy możliwie minimalnych nakładach finansowych. Zanim OK pojawiło się w USA, podstawowym narzędziem kontroli wydatków firm ubezpieczeniowych były *koszyk świadczeń* oraz *udział własny (współpłacenie)* pacjenta. Tradycyjne firmy ubezpieczeniowe, w szczególności działające na zasadzie *zwrotu kosztów* (czyli dostarczające świadczeń pieniężnych), nie ingerowały w proces udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Ubezpieczony miał pełną swobodę wyboru usługodawcy, który wskazywał, z ilu oraz jakiego rodzaju świadczeń należy skorzystać. Można sobie łatwo wyobrazić, że zalecał wykonywanie wielu usług. Ewentualną barierę dla tego rodzaju zachowań stanowił mechanizm współpłacenia przez pacjenta za usługi zdrowotne lub fizyczna możliwość wykonania danej usługi w określonym miejscu i czasie. Skutkiem podobnych zjawisk były (stale rosnące) wysokie koszty świadczeń wpływające na wysokość składki ubezpieczeniowej przy stosunkowo ograniczonym zakresie koszyka świadczeń, a także wysokie koszty współpłacenia pacjenta.



Rys. 10. Rodzaje i metody zarządzania korzystaniem z usług i dóbr zdrowotnych w OOK.
Źródło: Kongstvedt 2009.

Pojawienie się na amerykańskim rynku organizacji opieki koordynowanej spowodowało poszerzenie zakresu koszyka świadczeń, ograniczenie współpłacenia pacjenta oraz generalnie obniżenie poziomu składek zdrowotnych[36]. Stało się to możliwe m.in. dzięki aktywnemu zarządzaniu korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczonych. To aktywne zarządzanie, poza wymienionymi mechanizmami ustalania zakresu koszyka świadczeń (*benefit basket*) oraz udziału własnego pacjenta (*cost-sharing*), obejmuje zwykle mechanizmy, które można zaklasyfikować do kategorii prospektywnych, bieżących i retrospektywnych. Rysunek 12 przedstawia kategorie zarządzania korzystaniem ze świadczeń wg Kongstvedt'a.

[36] Kongstvedt P.R., Managed Care, What it is and how it works, 2009

5.1. Prospektywne metody zarządzania

Ocena stanu zdrowia (*health risk appraisals, HRA*) to czynność dokonywana najczęściej na etapie przystępowania ubezpieczonego do danego OOK.

W USA oceny tego rodzaju dokonuje się:

- za pomocą formularza, bez udziału pracownika OOK, gdzie ubezpieczony deklaruje określone dolegliwości lub zachowanie (np. cukrzyca, palenie tytoniu, ilość wypijanego alkoholu, waga, częstość uprawiania sportu, itp.);
- za pomocą formularza i telefonicznym udziałem pracownika OOK. W tym wypadku ubezpieczony również deklaruje określone dolegliwości czy zachowania (np. cukrzyca, palenie tytoniu, ilość wypijanego alkoholu, waga, częstość uprawiania sportu, itp.), ale dodatkowo ankietowany jest przez pracownika OOK w celu sprecyzowania odpowiedzi, ew. wyjaśnienia niespójności deklaracji;
- w formie badania wstępnego, wraz z ewentualnym zakresem badań diagnostycznych, najczęściej wykonywanego przez pielęgniarkę, skierowanego na klasyczne czynniki ryzyka zdrowotnego, jak poziom cholesterolu, cukru we krwi, ciśnienia tętniczego, nadwagi, itp.;
- w formie wizyty pielęgniarki w domu pacjenta, najczęściej w wypadku osób z upośledzoną sprawnością. Celem takich wizyt, oprócz zebrania określonego zakresu danych (jw.), jest sprawdzenie możliwości samoopieki pacjenta, ewentualnych potrzeb dotyczących adaptacji pomieszczeń/urządzeń do jego potrzeb.

Skutkiem powyższej oceny jest zakwalifikowanie pacjenta do określonej kategorii nadzoru (opieki) wg predefniowanych kategorii – np. do grupy osób, które wymagają interwencji w zakresie wagi (diety), palenia tytoniu czy kontaktów telefonicznych ukierunkowanych na kontrolę *compliance.* Tą metodą można również zidentyfikować osoby starsze i samotne, które mogą mieć tendencję do częstego korzystania z opieki, jeśli pozostaną bez fachowego nadzoru.

Zarządzanie potrzebami zdrowotnymi to metoda, której celem jest najczęściej zapobieganie wystąpieniu poważnej potrzeby zdrowotnej – zachorowania lub stanu wymagającego kosztownej terapii.

Do działań w ramach tej kategorii zalicza się:

- szczepienia ochronne przeciw chorobom zakaźnym dziecięcym, przeciw grypie w grupach szczególnie zagrożonych;
- wczesne wykrywanie schorzeń, np. nowotworów szyjki macicy, piersi, jelita grubego, a także POChP;
- dostęp do szkoleń i podręczników/porad samoopieki, głównie przez osoby przewlekle chore;
- uruchomienie linii telefonicznej w celu udzielania porad, obsługiwanej najczęściej przez pielęgniarki.

Szczególnie funkcjonowanie ww. linii telefonicznej, jako niestandardowe rozwiązanie, warte jest uwagi. Linie telefoniczne tego rodzaju (obsługiwane 24h /dobę, 7 dni w tygodniu) są w stanie znacznie zmniejszyć liczbę wizyt na dyżurach lekarskich oraz interwencji pogotowia ratunkowego. Osoby obsługujące linię telefoniczną stosują protokoły postępowania, umożliwiające w szczególności wykrycie sytuacji, kiedy osobista interwencja lekarza jest konieczna. Funkcjonowanie linii telefonicznej stanowi bardzo ważny element poprawy satysfakcji pacjentów, utrzymywania dobrych relacji z klientami OOK i zbierania sygnałów o nieprawidłowościach funkcjonowania systemu i jego elementów.

System skierowań to metoda, która nie różni się od mechanizmu znanego w Polsce. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowią pierwszą instancję, do której zwracają się

pacjenci w sytuacji powstania potrzeby zdrowotnej. Lekarze ci są motywowani (finansowo, prestiżowo), aby zająć się problemem zdrowotnym pacjenta, ale posiadają również możliwość skorzystania z konsultacji specjalistów. Pojedyncza konsultacja specjalistyczna lub cykl wizyt, interwencji specjalistów, udzielana jest na podstawie skierowania lekarza poz, który otrzymuje wyczerpującą informację na temat leczenia, jakie zaordynował lub przeprowadził specjalista. Istnieje pewna liczba specjalności, które są dostępne bez skierowań lekarzy poz, takich jak ginekologia-położnictwo czy pediatria, przy czym lista tych specjalności jest różna w różnych OOK i zależna od lokalnych uwarunkowań. Istnieją systemy, w których można uzyskać świadczenie specjalistyczne bez wizyty u lekarza poz, ale wtedy występuje wyższa stawka współpłacenia pacjenta za to świadczenie. Z drugiej strony lekarze poz są motywowani do uważnego ordynowania skierowań przez mechanizmy nagród finansowych (np. bonusy z oszczędności budżetu wstrzymanego), oraz informowani o liczbie i rodzaju skierowań, jakie wystawili w minionych okresach na tle innych lekarzy.

Preautoryzacja jest najsilniejszą interwencją w proces leczniczy, jaką stosują OOK. Preautoryzacja, czyli potwierdzenie zgody na rozpoczęcie planowego leczenia, najczęściej stosowana jest w sytuacji leczenia szpitalnego, cyklów rehabilitacyjnych i innych nienagłych przypadków leczenia, co do których istnieją przesłanki wskazujące, że mogą być nadużywane. Preuatoryzacja polega na tym, że pacjent lub lekarz kierujący dzwoni na odpowiednią linię telefoniczną i informuje o stanie zdrowia osobę, która tę linię obsługuje. Osoba ta posługuje się protokołami, w których wymienione są kryteria wskazań do danej terapii. Jeżeli kryteria są spełnione, pacjent otrzymuje autoryzację do skorzystania z określonej usługi oraz ewentualną pomoc organizacyjną w jej uzyskaniu. Jeśli kryteria nie są spełnione, pacjent nie otrzymuje autoryzacji lub może skorzystać z drugiej opinii lekarskiej wskazanego lekarza, który ewentualnie potwierdzi lub zaprzeczy potrzebie uzyskania świadczenia. Skorzystanie z usługi medycznej bez uzyskania autoryzacji zwykle skutkuje określonymi sankcjami, czasem wobec pacjenta (zmniejszenie kwoty refundacji w wypadku refundacji kosztów poniesionych), czasem wobec dostawcy usług (zmniejszona kwota wynagrodzenia za wykonaną usługę). W ostatnim czasie często podnoszone są wątpliwości co do ekonomicznego sensu mechanizmów preautoryzacji z powodu niewielkiej liczby odmów autoryzacji oraz kosztów samego systemu (linia telefoniczna, jej obsługa, odwołania itp.), jednak 20–30 lat temu mechanizm ten wniósł znaczną zmianę w praktyce działania amerykańskiego systemu. Możliwe także, że obecnie świadomość konieczności autoryzacji powoduje, że lekarze kierujący dokonują bardziej świadomych kwalifikacji niż miało to miejsce kilkadziesiąt lat temu. W ciągu tego okresu bowiem, przez USA i kilka innych krajów przetoczyła się wielka dyskusja na temat zasadności (*appriopriateness*) opieki medycznej, w której obok argumentów ekonomicznych wielką rolę odrywały argumenty medyczne i etyczne[37], a lekarze są znacznie bardziej świadomi tego faktu.

5.2. Bieżące metody zarządzania

Bieżące zarządzanie korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych ma miejsce właściwie wyłącznie w wypadku długotrwałych (to pierwszy warunek) oraz kosztownych świadczeń, najczęściej wykonywanych w trybie szpitalnym. Proces ten polega na tym, że przedstawi-

37 Buetowa, S. A., Sibbalda B., Cantrillb J.A., Halliwella S., Appropriateness in health care: Application to prescribing, Social Science & Medicine, Volume 45, Issue 2, July 1997, Pages 261-271.

ciele OOK ubezpieczającej pacjenta, w chwili wystąpienia takiego świadczenia, nawiązują kontakt z placówką leczącą i monitorują postęp leczenia.

W praktyce oznacza to, że:

— szpital przyjmujący pacjenta zawiadamia OOK, że pacjent został przyjęty i spodziewany jest długi i skomplikowany proces leczenia;
— pracownik (pielęgniarka/lekarz) zarządzający korzystaniem z opieki zdrowotnej w OOK nawiązuje kontakt z zespołem leczącym i dowiaduje się o przyczynach hospitalizacji i spodziewanym procesie leczniczym;
— pracownik OOK autoryzuje program leczenia, czyli zarys planu działania wobec danego pacjenta, co oznacza akceptację kosztów wynikających z tego planu;
— pracownik OOK monitoruje postęp leczenia i koordynuje ewentualne kolejne etapy leczenia, jeśli takie są konieczne.

W wypadku rozbieżności zdań między pracownikami OOK a pracownikami placówki leczącej co do zasadności sposobu postępowania, podejmowane są zwykle następujące działania:

— komunikacja na wyższym poziomie zarządzania, (np. dyrektor medyczny OOK oraz dyrektor medyczny placówki leczącej);
— odwołanie do zewnętrznych konsultantów (*second opinion*);
— odwołanie do zewnętrznego ciała opiniodawczego (*external review*).

5.3. Retrospektywne metody zarządzania

Ocena przypadku (*case review*) dokonywana jest przez OOK rutynowo, jako narzędzie kontroli wobec określonych rodzajów świadczeń i ich dostawców. Ocena tego typu ma na celu wykrycie ewentualnych nieprawidłowości kwalifikacji pacjenta do danego rodzaju terapii, błędów raportowania (np. kodowania chorób czy procedur) lub prób oszustwa, co jest skrajnym, rzadkim, ale występującym zjawiskiem. Ocena przypadków polega najczęściej na przeglądzie dokumentacji medycznej kilku-, kilkudziesięciu sytuacji leczenia pacjentów z danym schorzeniem. Przegląd może dotyczyć pacjentów pojedynczej placówki lub wielu placówek. W wyniku przeglądu, który dokonuje się w kontekście kluczowych elementów *prawidłowego* postępowania w określonym przypadku, określa się stopień i rodzaj odstępstw od *prawidłowej* praktyki i dyskutuje na ten temat z przedstawicielami placówki leczącej. Zwykle efektem przeglądu jest lista wniosków, rzadko o charakterze sankcji, które mają znaleźć zastosowanie w praktyce w przyszłości. Przegląd przypadków jest jednym z narzędzi zmniejszenia ***zróżnicowania postępowania*** (*practice differences*) w podobnych przypadkach medycznych w danej placówce lub między placówkami, co jest postrzegane jako niewłaściwe. Długofalowym efektem przeglądu przypadków jest stopniowe ujednolicanie sposobu postępowania w podobnych przypadkach medycznych, między palcówkami oraz lekarzami leczącymi i powstanie standardu *de facto* w procesie leczenia.

Analiza schematów postępowania (*practice pattern analysis*) jest przedsięwzięciem dokonywanym na dużych zbiorach danych elektronicznych, gromadzonych w toku refundacji świadczeń.

Analiza polega na porównywaniu schematów postępowania dominujących w danej populacji:

— schematy leczenia pacjentów określonej kategorii w różnych placówkach rozliczających się z OOK;

— schematy stosowania odkreślonych metod (procedur, leków) leczenia poszczególnych placówek;
— schematy zachorowań i terapii określonych rodzajów w różnych regionach (grupach placówek), jeśli OOK ma zasięg ponadlokalny.

Efektem analiz tego typu jest informacja zwrotna dla dostawców świadczeń, prezentująca porównania (*benchmark*) praktyki dominującej u danego dostawcy wobec średniej oraz wobec innych placówek. Efekty analiz są dyskutowane przez OOK oraz przedstawicieli placówek, wyciągane są wnioski i formułowane rekomendacje co do ewentualnych zmian w praktyce postępowania.

5.4. Zewnętrzne ciała opiniodawcze

Ze względu na określone motywacje *organizacji opieki koordynowanej* oraz dostawców świadczeń zdrowotnych, które mogą być niezgodne z interesami pacjenta, w praktyce działania OOK ważną rolę odgrywają zewnętrzne ciała, konsultacji i specjaliści, którzy, nie będąc związani z OOK ani z innymi stronami potencjalnego sporu, mogą dokonywać rozstrzygnięć co do zasadności i poprawności postępowania medycznego. W USA (od 2007 r. w 44 stanach) OOK muszą zapewnić dostęp do zewnętrznych ciał opiniodawczych i muszą uznawać ich rozstrzygnięcia. Większość interwencji *zewnętrznych opiniodawców* dotyczy rzadkich, ryzykownych, a czasem eksperymentalnych procedur medycznych[38].

Proces zewnętrznej opinii przebiega następująco:
— lekarze placówki leczącej pacjenta decydują o wykonaniu określonej terapii w określony sposób,
— informacja o tym przekazywana jest do OOK przed lub po wdrożeniu terapii,
— w wyniku oceny dokonanej przez specjalistów OOK uznaje się, że dana terapia w określonych okolicznościach była niewłaściwa,
— dochodzi do różnicy zdań między lekarzami placówki leczącej a lekarzami OOK,
— różnica zdań nie zostaje rozstrzygnięta na poziomie dyrektorów medycznych obu tych instytucji,
— jedna ze stron kontaktuje się z panelem specjalistów niezależnym od obu organizacji będących w sporze,
— panel specjalistów, za zgodą pacjenta, przegląda dokumentację pacjenta i dokonuje oceny, która jest wiążąca dla obu stron.

Przedmiotem sporu jest najczęściej prawo do refundacji danego rodzaju świadczeń ze strony OOK. Decyzja panelu specjalistów jest wiążąca, co oznacza, że OOK zostaje zobowiązana do dokonania płatności lub zwolniona z niego. Niezależnie od rozstrzygnięcia, jeśli świadczenie zostało wykonane, pacjent nie jest doświadczany konsekwencjami rozstrzygnięcia zewnętrznych ekspertów. Jeżeli świadczenie nie zostało jeszcze wykonane, rozstrzygniecie zewnętrznych specjalistów skutkuje na sytuację pacjenta; dane świadczenie jest udzielane lub nie. W regulacjach prawnych w USA występują wymogi odnośnie ***czasu***, w jakim spory tego typu muszą być rozstrzygane, odnośnie składu panelu specjalistów zewnętrznych, sposobu finansowania ich opinii itp. Istotnym elementem tego systemu jest fakt, że oceny dokonywane są przez ***lekarzy specjalistów*** w danej dziedzinie, ***niezależnych od stron sporu,*** niebędących ***urzędnikami*** żadnej instytucji systemu.

[38] Problem ten w Polsce może być nieco zmniejszony przez istnienie ustawowego koszyka świadczeń gwarantowanych.

5.5. Zarządzanie chorobą (DM) i zarządzanie przypadkiem (CM)

W zestawie mechanizmów kierowania opieką zdrowotną występują dwa, które zasłużyły na indywidualną definicję – zarządzanie chorobą (*disease management*, DM), oraz zarządzanie przypadkiem (*case management*, CM). Wyróżnienie tych dwóch mechanizmów zarządzania opieką medyczną jest wynikiem konstatacji, że większość kosztów w opiece zdrowotnej ponoszona jest w odniesieniu do niewielkiego odsetka pacjentów:

- z chorobami przewlekłymi, których terapia jest długotrwała; mimo że koszty w przeliczeniu na jednostkę czasu nie są znaczne, to w ciągu roku urastają do znacznych kwot (np. cukrzycy, pacjenci z AIDS, rakiem piersi itp.);
- z ciężkimi schorzeniami, które trwają w stosunkowo krótkim czasie, ale wymagają znacznych nakładów skoncentrowanych w tym okresie (np. pacjenci po wypadkach, z niektórymi nowotworami np. wątroby, trzustki).

Zarządzanie przypadkiem (*case management*, CM) stosuje się wobec pacjentów, których terapia w stosunkowo krótkim czasie może powodować znaczne skutki finansowe i który wymaga wsparcia organizacyjnego w planowaniu i uzyskiwaniu kolejnych etapów opieki. CM realizowany jest przez odpowiednio przygotowanego pracownika OOK, np. pielęgniarkę, która, wykorzystując ustalony protokół postępowania, monitoruje postępy leczenia pacjenta w poszczególnych placówkach, organizuje kolejne etapy leczenia i ocenia stopień realizacji założeń terapeutycznych. W tym sensie CM zawiera aspekty zarządzania korzystaniem oraz zarządzanie jakością.

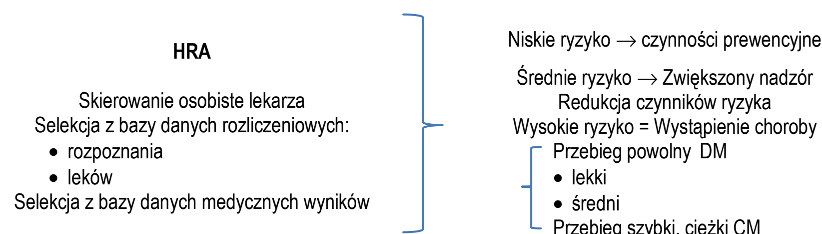
Tabela 7. Porównanie cech zarządzania przypadkiem (CM) i zarządzania chorobą (DM).

Zarządzanie przypadkiem (*case management*, CM)	Zarządzanie chorobą (*disease management*, DM)
Koncentracja na pojedynczym pacjencie	Koncentracja na populacji pacjentów
Wczesna identyfikacja osób ze schorzeniami powodującymi znaczne koszty (znane rozpoznanie, znane szacunkowe koszty, które są do poniesienia w krótkim czasie)	Wczesna identyfikacja wszystkich osób z daną diagnozą (około 2–40 takich rozpoznań), o przebiegu powolnym (przewlekłym), łagodny, średnim lub ciężkim
Nasilenie schorzenia: ciężkie	Nasilenie schorzenia: średnie
Dotyczy 0,5%–1% wszystkich pacjentów	Dotyczy 15%–25% wszystkich ubezpieczonych
Zakres oddziaływania na koszty zależy od negocjacji z placówkami leczącymi, oraz dobory świadczeń	Zakres oddziaływania na koszty zależy od modyfikacji zachowań pacjenta, współpracy pacjenta z lekarzem, *compliance*
Cel zarządzania – zorganizować opiekę w najmniej dolegliwy sposób, akceptowalny klinicznie i kosztowo	Cel zarządzania – zapobiec zaostrzeniom stanu, hospitalizacjom, zmodyfikować zachowania zdrowotne w celu poprawy stanu zdrowia
Zwykle epizod trwa 60–90 dni	Zwykle interwencja jest ciągła, dotyczy 365 dni w roku
Miejsce interwencji: szpital, hospicjum lub opieka domowa	Miejsce interwencji obejmuje pracę, dom, szkołę
Wynika z potrzeby zorganizowania usług towarzyszących, opiekuńczych, transportu itp.	Wynika z potrzeby nadzoru nad przestrzeganiem zaleceń lekarza
Pomiar wyniku to koszt przypadku lub długość pobytu w instytucji opieki stacjonarnej	Pomiar wyniku to roczne koszty opieki nad pacjentem, oraz stan zdrowia/funkcjonalność pacjenta po okresie np. roku

Źródło: na podstawie D.W. Plocher, Fundamentals and Core Competencies od Diseases Management, zacytowanego przez Kongstvedt P.R., Managed Care, What it is and how it works, 2009.

Zarządzanie chorobą (*disease management*, DM) stosuje się wobec pacjentów, których terapia jest długotrwała, o umiarkowanej intensywności, w przypadku których kluczowym warunkiem sukcesu jest długotrwała współpraca pacjenta z lekarzem, świadomość zdrowotna pacjenta, *compliance,* właściwe zachowania zdrowotne itp. Celem DM jest zachowanie stanu zdrowia pacjenta z przewlekłym schorzeniem na określonym poziomie, brak zaostrzeń, brak powikłań itp. Kluczowym elementem DM jest koordynacja świadczeń wielu dostawców, lekarzy poz, konsultantów, pielęgniarek, rehabilitantów, dietetyków itp.

Jednym z podstawowych zadań podczas wprowadzania programów zarządzania chorobą oraz zarządzania przypadkiem jest identyfikacja podopiecznych tych form opieki. Identyfikacja takich osób, którym oferuje się objęcie opieką szczególnego typu, jest kolejnym z elementów wyróżniających działania OK wobec tradycyjnych form opieki zdrowotnej.



Rys. 11. Schemat czynności związanych z identyfikowaniem ryzyk
Źródło: na podstawie Kongsvedt 2009.

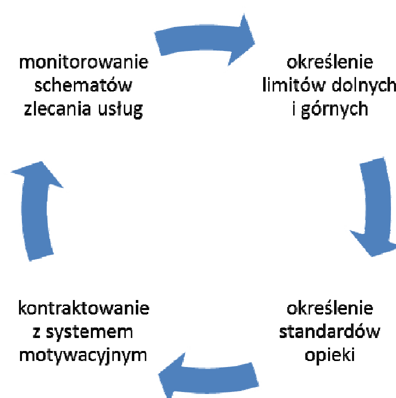
Podstawowe sposoby identyfikacji tych osób polegają na wychwytywaniu ich cech oraz kwalifikowaniu ich do określonych kategorii opieki (znanych w przeszłości w Polsce jako tzw. grupy dyspanseryjne).

Działanie polega na:

- identyfikacji szczególnych cech, kryteriów kwalifikacyjnych, predysponujących do zaliczenia pacjenta do wcześniej określonej kategorii;
- identyfikacji osób posiadających określone cechy (np. na podstawie przeglądu elektronicznych danych rozliczeniowych, danych medycznych czy danych z *oceny stanu zdrowia* (HRA));
- weryfikacji i zakwalifikowaniu danej osoby od określonej kategorii opieki.

5.6. Zarządzanie korzystaniem ze szczególnych rodzajów świadczeń

Określenie świadczenia pomocnicze oznacza usługi zdrowotne, które stanowią element opieki zdrowotnej, ale nie są wykonywane przez lekarzy. Do kategorii tej zalicza się usługi diagnostyki laboratoryjnej, rehabilitacji, transportu sanitarnego i in. Istotna cecha tych usług polega na tym, że są one zlecane przez lekarza (pacjent nie uzyskuje ich *na życzenie*) oraz służą uzupełnieniu czynności realizowanych przez lekarza. Zarządzanie korzystaniem z tych usług sprowadza się do cyklu zilustrowanego na rysunku 14.



Rys. 12. Cykl zarządzania korzystaniem z usług pomocniczych.
Źródło: na podstawie Kongsvedt 2009.

Pierwszym elementem zarządzania korzystaniem z usług pomocniczych jest określenie poziomu korzystania z tych usług przez daną populację. Poziom bieżącego korzystania z danego rodzaju usług zależy od wielu czynników, ale jednym z najważniejszych jest tendencja danej grupy lekarzy do zlecania lub powstrzymywania się od zlecania danego rodzaju usług. Należy zatem dokonać pomiaru podobnych zachowań lekarzy.

Drugim elementem jest określenie limitów dolnych oraz górnych liczby zlecanych usług pomocniczych. Limity te nie są traktowane jako nieprzekraczalne, lecz jako pewien orientacyjny wskaźnik akceptowalnych granic korzystania z określonego rodzaju usług. Poziom górny nie powinien być przekraczany ze względów finansowych, a także czasem ze względów bezpieczeństwa (nadmierna liczba badań niosących określone ryzyko skutków ubocznych). Z kolei poziom dolny nie powinien być przekraczany, ze względu na zagrożenie pogorszenia jakości opieki ze skutkami w postaci możliwych do uniknięcia hospitalizacji, a także ze względu na potencjalnie negatywny odbiór ograniczeń przez pacjentów. Element trzeci stanowi określenie pewnych nieprzekraczalnych standardów. Pod tym pojęciem rozumie się *obowiązek* zlecenia określonej usługi w określonych okolicznościach lub obowiązek *preautoryzacji* przed zleceniem (a częściej wykonaniem) określonych, drogich usług. W obu wypadkach umowy z lekarzami i placówkami wykonującymi dane usługi stanowią o obowiązku określonego postępowania. Element czwarty polega na zastosowaniu określonych motywacji finansowych zarówno wobec lekarzy zlecających usługi pomocnicze, jak i placówek je wykonujących.

Ponieważ zapotrzebowanie na leki wydawane na receptę kształtowane jest głównie przez lekarzy, stąd często podejmowane są działania mające na celu motywowanie lekarzy do stosowania określonej praktyki przepisywania leków (*prescription patterns*). Myślą przewodnią zarządzania korzystaniem z leków refundowanych[39] jest *racjonalizacja zalecania* i stosowania leków. Pojęcie racjonalnego zlecania (przepisywania) (preskrypcji) leków nie poddaje się łatwym i jednoznacznym definicjom. Jedna z nich mówi, że racjonalne zlecanie leków powinno

[39] Wykorzystano fragmenty „Bochenek T., Kozierkiewicz A., Ceny i refundacja leków, WRM s z o.o. – Termedia 2009".

być dostosowane do stanu pacjenta, bezpieczne, skuteczne i ekonomiczne. Kiedy indziej racjonalne jest takie zlecanie leków, które może zostać fachowo uzasadnione przez lekarza wobec jego kolegów-lekarzy. Podawana jest także definicja, zgodnie z którą właściwe zlecanie leków polega na braku zlecania irracjonalnego, np. w rozumieniu doboru leków, unikania polipragmazji lub zlecania leków, między którymi może dojść do groźnych interakcji. Właściwe zlecanie leków miałoby także polegać na osiągnięciu stanu równowagi między czterema celami: maksymalizacją skuteczności leczenia, minimalizacją ryzyka, minimalizacją kosztów i uszanowaniem wyborów pacjenta. W większości definicji racjonalnego zlecania i użytkowania leków pojawia się wątek finansowy, choć nie jest on dominujący.

Wśród wielu narzędzi racjonalizacji zlecania i stosowania leków wymienić można:

1. Receptariusze, posiadające długą tradycję, sięgającą połowy XIX wieku i uważane za jedno z podstawowych narzędzi w gospodarce lekami.
2. Wytyczne postępowania klinicznego, opracowywane najczęściej we współpracy z autorytetami medycznymi.
3. Ocena użytkowania leków (*Drug Utilization Review, Drug Utilization Evaluation*) (DUR, DUE) i monitorowanie zachowań preskrypcyjnych.
4. Działania edukacyjne, które w optymalnym wydaniu połączone są z aktywnym zaangażowaniem lekarzy w formie warsztatów, studium przypadku itp. w tym z wykorzystaniem bezpośredniego kontaktu edukatora z lekarzem (*academic detailing*).
5. Substytucja generyczna i terapeutyczna.
6. Mechanizmy dystrybucji leków.
7. Mechanizmy bodźców finansowych oraz administracyjnych dla lekarzy.

Receptariusze stanowią podstawowe narzędzie wpływania na preskrypcję lekarzy. Pojęcie receptariusza oznacza często nieco różne mechanizmy w różnych okolicznościach. W wypadku lecznictwa szpitalnego terminem tym określa się ograniczony ilościowo wykaz leków zaakceptowanych do stosowania w danym szpitalu, a tym samym nabywanych przez aptekę szpitalną i dostępnych do stosowania. Decyzja o doborze leków do receptariusza jest zwykle kolegialna, dokonuje jej zespół powołany przez kierownictwo szpitala i noszący często nazwę *komitetu receptariuszowego* lub *terapeutycznego (pharmacy and therapeutics, P&T)*. Natomiast pod pojęciem receptariusza lecznictwa ambulatoryjnego należy rozumieć rodzaj *przewodnika farmakoterapeutycznego*, vademecum, nie zaś restrykcyjnie ograniczoną listę leków dozwolonych do przepisywania lekarzom lecznictwa ambulatoryjnego, których receptariusz taki dotyczy.

Wytyczne postępowania terapeutycznego w odniesieniu do leków, nie różnią się od innych tego typu wytycznych. Najczęściej definiowane są przez towarzystwa naukowe w określonej dziedzinie medycyny. Im wyższy jest poziom, z którego wytyczne są definiowane (ogólnokrajowy, międzynarodowy), tym wytyczne są bardziej ogólne. Im wytyczne są bardziej „zakładowe" tym bardziej są praktyczne i ścisłe. Stąd struktura określania wytycznych terapeutycznych w Wielkiej Brytanii, gdzie na poziomie krajowym powstają wytyczne (*guidelines*) tworzone przez NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), jednak ich aplikacja i uszczegółowienie realizowane jest na poziomie poszczególnych trustów zarówno opieki podstawowej (PCT), jak i szpitalnej.

Ocena użytkowania leków (*Drugs Utilisation Register*, DUR) jest w ostatnich latach bardzo szybko rozwijającym się obszarem nadzoru nad preskrypcją. Działalność ta jest coraz łatwiejsza dzięki upowszechnianiu się systemów informatycznych. Podstawowym narzędziem DUR jest analiza i prezentowanie schematów preskrypcyjnych (*prescription patterns*)

poszczególnych lekarzy tym lekarzom oraz ich kolegom. Porównywanie schematów preskrypcyjnych prowadzić ma do autorefleksji lekarza, do dyskusji środowiskowej na temat adekwatności takiej czy innej praktyki, do identyfikowania jawnych i bardziej subtelnych odstępstw od powszechnej praktyki, które wynikają z działalności marketingowej firm farmaceutycznych, oraz w końcu do środowiskowych nadużyć i nieprawidłowości. Porównywanie schematów preskrypcyjnych służyć może również kierownictwu OOK w podejmowaniu pewnych działań promocyjnych, edukacyjnych czy wręcz dyscyplinujących wobec poszczególnych lekarzy w celu optymalizacji preskrypcji. Obecnie już większość krajów europejskich oraz większość systemów ubezpieczeniowych w USA monitoruje ordynację lekarzy, a Polska dołączyła do nich ok. 2003 r. Od tego czasu w niektórych oddziałach NFZ (np. opolskim) stosowano mechanizmy DUR na pewną skalę.

W promowaniu stosowania leków generycznych wykorzystuje się także bodźce adresowane do lekarzy:

— zachęcanie lub obligowanie lekarzy do przepisywania recept z wykorzystaniem nazwy międzynarodowej leku. Należy mieć jednak świadomość, że aktywność marketingowa producentów leków przenosi się wtedy z lekarzy na aptekarzy, którzy ostatecznie są w stanie pokierować decyzjami pacjentów co do wyboru leku;
— budżety lekowe, które w praktyce skutkują zwiększeniem stosowania tańszych leków generycznych;
— działania informacyjne i dostarczanie wytycznych w zakresie ordynacji lekarskiej;
— monitorowanie ordynacji lekarskiej wspierające stosowanie tańszych leków generycznych.

Promowanie stosowania leków generycznych na poziomie apteki:

— wprowadzenie możliwości lub obowiązku wydania leku generycznego przez aptekarza, niezależnie od sposobu wypisania recepty przez lekarza;
— uruchomienie bodźców finansowych w postaci preferencyjnych marż na leki generyczne lub możliwość zachowania przez aptekarza części różnicy między ceną hurtową leku a wartością refundacji.

Mechanizmy dystrybucyjne leków wykorzystują dwa narzędzia: optymalizację ilości, adekwatnych do przepisywanej terapii, oraz minimalizację długości łańcucha dystrybucji. Pierwszy z mechanizmów odpowiada na problem pakowania leków w opakowania nieodpowiadające wielkości zlecanej terapii. W OOK i aptekach w USA stosuje się powszechnie indywidualne pakowanie leków danemu pacjentowi w ramach zleconej terapii. Polega to na tym, że apteka przygotowuje opakowanie leku (np. szara torebka papierowa), zawierające ilość leku dokładnie odpowiadającą liczbie zleconych dawek. Uzasadnienie takiego działania, to, oprócz oszczędności finansowych, również zwiększone bezpieczeństwo zdrowotne wynikające z unikania nadużywania leków czy spożywania leków przeterminowanych (tych, które zostały z poprzedniej terapii), albo spożywania leków przez osoby przypadkowe (np. dzieci). Drugi z mechanizmów polega na tym, że OOK, współpracując z określoną pula aptek i punktów dystrybucyjnych leków, mogą nabywać te leki po niższych kosztach i dostarczać bezpłatnie lub za niewielką opłatą pacjentom. W tym celu dystrybucja odbywa się z wykorzystaniem kurierów lub jest dokonywana bezpośrednio przez placówki medyczne, które dostarczają pacjentowi leki w ramach zleconej terapii podczas jego wizyty w placówce.

Zarządzanie korzystaniem z refundacji wspomagają tzw. budżety lekowe, stosowane m.in. w Wielkiej Brytanii czy W Niemczech. Budżety lekowe mogą dotyczyć takich podmiotów, jak lekarze, praktyki lekarskie, okręgi geograficzno-administracyjne lub inne podmioty ulokowane

na wyższych szczeblach organizacji systemu. Budżety lekowe mogą dotyczyć nawet rządów krajowych, które mogą nakładać na siebie określony limit roczny wydatków lekowych.

W wypadku budżetów lekowych przyznawanych lekarzom lub ich zbiorowościom można wyróżnić dwa rodzaje budżetów: sztywne i elastyczne. **Budżet sztywny** (*hard budget*) to budżet lekowy, którego realizacja związana jest ze stosowaniem systemu kar i nagród. Kary są zwykle związane z uszczupleniem budżetu na rok następny w sposób proporcjonalny do wartości nadmiernie wydatkowanych środków finansowych lub jedynie z częściową kompensacją ponadplanowych wydatków. Nagrody mogą być natomiast związane z uprawnieniem do zachowania całości lub części zaoszczędzonych środków finansowych. Natomiast **budżet miękki** (*soft budget, target/indicative/"shadow" budget*) to budżet, którego realizacja jest wprawdzie monitorowana przez płatnika przekazującego na bieżąco stosowne informacje lekarzom, lecz którego przekroczenie nie wiąże się z żadnymi bezpośrednimi sankcjami. W miejsce kar finansowych może być wtedy stosowana praktyka określana jako "*naming and shaming*" („*identyfikacja i zawstydzanie*") właściwych lekarzy.

W oparciu o doświadczenia różnych krajów w zakresie inicjatyw wprowadzających mechanizmy racjonalnego zlecania leków przez lekarzy, można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Bodźce finansowe, stosowane w sposób izolowany, w dłuższym okresie wywierają ograniczony wpływ na preskrypcję. Powodem jest prawdopodobnie fakt, że wywoływane zmiany nie mają oparcia w wewnętrznej motywacji lekarzy do odmiennego sposobu praktykowania zawodu.
2. Inicjatywy zmierzające do zmian w przepisywaniu leków, adresowane do lekarzy, nie powinny wywoływać konfliktu między uzyskiwaniem korzyści osobistych przez lekarzy a dbałością o jakość świadczonych przez nich usług. Inicjatywy te nie mogą więc ograniczać się do limitowania stopnia korzystania ze świadczeń zdrowotnych, lecz muszą im towarzyszyć działania ukierunkowane na zachęcanie i wynagradzanie poprawy jakości i wydajności. Stawką jest przede wszystkim dbałość o jakość opieki nad pacjentami ciężej chorymi i tymi, których leczenie jest bardziej kosztowne.
3. Wszelkie bodźce i inicjatywy powinny być wyraźnie komunikowane społeczeństwu. Istotne jest utrzymanie zaufania publicznego wykazywanego wobec lekarzy i płatników świadczeń zdrowotnych.
4. Lekarze powinni regularnie otrzymywać informacje dotyczące wykorzystania przez nich zasobów finansowych pozostawionych im do dyspozycji. Równie ważne powinno być dostarczanie lekarzom informacji odnośnie metod leczenia aprobowanych przez władze zdrowotne i efektywnych kosztowo.
5. Podejmowane inicjatywy powinny być proste, przejrzyste i bezpośrednie. Im większy stopień ich skomplikowania, tym trudniejsze w realizacji stają się one zarówno dla lekarzy, jak i płatników, a także tym prędzej mogą pojawić się ich niezamierzone i niekorzystne skutki uboczne.

Jedna z analiz wywierania wpływu na preskrypcję lekarzy podaje następujące wnioski:

1. Żadna z metod wpływania na preskrypcję nie jest skuteczna, jeżeli stosowana jest pojedynczo – metody należy łączyć.
2. Racjonalizacja zlecania leków nie może być prowadzona w formie jednorazowej akcji, wysiłki powinny mieć charakter ustawiczny i powtarzający się.
3. Należy unikać podawania lekarzom zbyt dużych porcji informacji w czasie poszczególnych sesji szkoleniowych.

4. Przyjęcie do wiadomości przez lekarza określonych faktów odnośnie zlecania leków, nawet dobrze udowodnionych naukowo, wcale nie musi oznaczać bezpośredniej zmiany w prowadzeniu praktyki lekarskiej. Jest to związane z dużą siłą przyzwyczajenia, rutyny zawodowej, a nawet rozpowszechnionych sądów i opinii panujących w środowisku.

W Stanach Zjednoczonych, w celu zarządzania korzystaniem z leków refundowanych OK wykorzystują często specjalizowane firmy, nazywane *pharmacy benefits management companies (PBM).* Firmy te pomagają OK w definiowaniu i aktualizowaniu receptariuszy, prowadzeniu monitoringu (gromadzenie danych), preskrypcji i korzystaniu z leków (DUR), a także dostarczaniu leków do placówek oraz pacjentom (kurierzy).

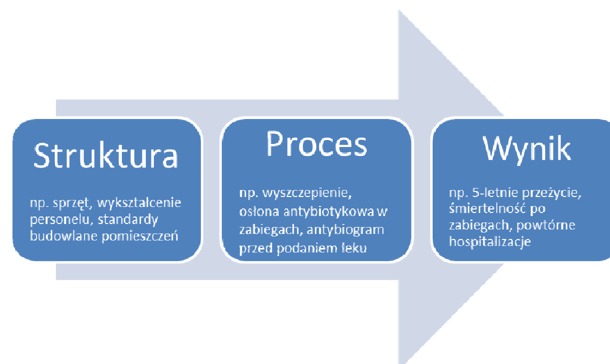
6. Zarządzanie jakością

Według klasycznej teorii Donabediana[40] jakość w ochronie zdrowia należy postrzegać i mierzyć w trzech wymiarach *(*Rysunek 13*)*:
- struktury (narzędzia, zasoby, fizyczne i organizacyjne warunki pracy),
- procesu (czynności, procedury, działania usługodawców oraz między nimi a pacjentami),
- wyniku (uzyskiwany efekt zdrowotny, stan zdrowia, samopoczucie pacjenta itp.).

Organizacje opieki kierowanej w USA, w większym stopniu niż tradycyjne towarzystwa ubezpieczeniowe, angażują się w aktywne promowanie jakości, przy czym, im bardziej plan ubezpieczeniowy jest zintegrowany, tym bardziej *intensywne* narzędzia podnoszenia jakości[41].

W praktyce polskiego systemu ochrony zdrowia najwyższą wagę do tej pory przypisuje się wskaźnikom jakości struktury, co wynika z pewnej tradycji oraz faktu, że pomiar jakości jest najłatwiejszy.

Wskaźniki jakości struktury w praktyce oznaczają w szczególności; jakość wykształcenia personelu (specjalizacje), dostęp do określonego rodzaju sprzętu medycznego, liczba personelu przypadającą na pacjenta, liczba procedur medycznych wykonywana rocznie przez lekarza itp.



Rysunek 13. Elementy oceny jakości wg Donabediana.
Źródło: Opracowanie własne.

[40] Donabedian, A. 1980. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
[41] Kongstvedt P.R., Managed Care, What it is and how it works, 2009.

W praktyce międzynarodowej[42] do wskaźników jakości struktury zaliczane są następujące elementy:
- w placówka działa komitet jakości/komitet zakażeń szpitalnych,
- placówka posiada pisemną regulację dotyczącą określonych elementów jakości,
- placówka posiada działający system gromadzenia danych o zdarzeniach niepożądanych, w tym zakażeniach,
- placówka posiada plan szkoleń personelu dotyczący określonych elementów jakości,
- placówka zatrudnia określoną liczbę personelu o określonych kwalifikacjach, który obejmuje opieką określoną liczbę pacjentów.

Wskaźniki jakości *struktury,* będące wskaźnikami statycznymi, pokazują określone elementy strukturalne placówek medycznych lub planów ubezpieczeniowych, które uznawane są za konieczne w osiąganiu wysokich wyników jakości opieki; wskazują na *potencjał* placówki, ale niekoniecznie na skuteczność jego wykorzystania. Dzięki wskaźnikom jakości struktury wiadomo, co jest *konieczne* lub zalecane do sprawnego funkcjonowania placówki, ale można zadać pytanie, w jakim stopniu element ten faktycznie wpływa na poziom jakości świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawowym problemem związanym ze stosowaniem wskaźników jakości struktury jest brak pewności, że *struktura* ta będzie wykorzystywana w sposób umożliwiający uzyskanie dobrej jakości opieki. Zatem wskaźniki jakości struktury można uznać za niezbędny element wyjściowy, użyteczny w kwalifikacji placówki/planu do określonej kategorii (np. akredytacji, licencjonowania), ale niewystarczający z punktu widzenia dążenia do wysokiej jakości usług.

Wskaźniki jakości *procesu* ilustrują, w jaki sposób procesy praktykowane w danej placówce odpowiadają procesom uznawanym za prawidłowe – standardom postępowania[43]. Wskaźniki jakości procesu są wskaźnikami dynamicznymi, co oznacza, że podlegają obserwacji w oparciu o określone dane, gromadzone w trakcie realizacji procesów. Wskaźniki te konstruuje się na bazie wytycznych, standardów postępowania i innych tego typu ustaleń opisujących właściwą praktykę postępowania. Wskaźniki budowane są ze zdarzeń, zjawisk, czynności wyodrębnionych spośród elementów składających się na proces diagnostyczny lub terapeutyczny. Istotą wskaźników jakości procesu jest zatem wyodrębnienie elementów i ew. sekwencji (pożądanych) czynności, jakie należy podjąć wobec pacjentów z określonymi problemami zdrowotnymi. Najbardziej wartościowe wskaźniki jakości procesu dotyczą czynności wpływających bezpośrednio na efekt opieki zdrowotnej. Należy przez to rozumieć, że istnieją naukowe podstawy, aby uznać, iż wystąpienie danego elementu procesu zwiększa istotnie prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku zdrowotnego. Przykładem wskaźników jakości procesu są szczepienia przeciw odrze, różyczce, a także szczepienia przeciw grypie sezonowej w niektórych grupach populacji.

Wskaźniki jakości wyniku odnoszą się do skutków terapii; służą do pomiaru skali sukcesu lub porażki interwencji zdrowotnej w odniesieniu do określonej osoby lub populacji. W konstruowaniu wskaźników jakości wyniku konieczne jest ustalenie tzw. punktu końcowego terapii *(end-point)*. Pozytywnym przykładem punktu końcowego może być 5-letnia przeżywalność w terapii nowotworowej, a negatywnym – zgon spowodowany przez zakażenie wewnątrzszpitalne.

---

[42] Calfee, D.P., B.M. Farr, 2002, Infection control and cost control in the era of managed care. Infection Control and Hospital Epidemiology, 23, 407-410

[43] *Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures*, CMS, Joint Commission, version 3.3. 2011 (http://www.qualitynet.org/).

W perspektywie długoterminowej uważa się, ze wskaźniki jakości procesu są bardziej wartościowe, ponieważ służą stałej poprawie jakości i nie są w tym samym stopniu co wskaźniki jakości wyniku narażone na manipulację. Wskaźniki jakości wyniku bowiem, mierzące dokładnie skutki interwencji medycznych, niosą ze sobą poważne ryzyko selekcji pacjentów przyjmowanych do placówki (im zdrowsi pacjenci, tym lepsze wyniki ich leczenia) lub zaniechania działań niosących ryzyko niepowodzenia.

Inny podział wskaźników jakości działania *(performance)* wyróżnia następujące kategorie[44]:

- wskaźniki zjawisk pożądanych i niepożądanych – w zależności od charakteru elementu mierzonego mogą mierzyć częstość zdarzeń pożądanych i niepożądanych;
- wskaźniki specyficzne i syntetyczne – wskaźniki specyficzne, charakteryzują pojedyncze aspekty jakości, podczas gdy wskaźniki syntetyczne poddają pomiarowi zestaw cech i sprowadzają go do jednej liczby. Przykładem wskaźnika syntetycznego są *lata skorygowane jakością życia (Quality-Adjusted Life Years, QALY)* lub DALY *(Disability Adjusted Life Years)*;
- wskaźniki stosunkowe i strażnicze; wskaźnik określający liczbę wystąpień poważnego, niepożądanego zjawiska nosi nazwę strażniczego, np. liczba pacjentów, którzy zmarli po transfuzji krwi. Większość wskaźników ma charakter *stosunkowy,* w którym licznikiem jest liczba wystąpień danego zjawiska w określonym czasie, a mianownikiem – ogólna populacja pacjentów, do której to zjawisko mogłoby się odnosić.

Ze względu na zakres oceny wyróżnia się: wskaźnik dostępności, adekwatności/odpowiedniości, ciągłości opieki, skuteczności, wydajności, satysfakcji. Dodatkowo można rozróżnić wskaźniki uwzględniające poziom, na którym są obserwowane – poziom placówki lub społeczności (lokalnej, krajowej). W zależności od poziomu obserwacji wskaźniki te zwykle różnią się stopniem ogólności; im niższy poziom obserwacji, tym możliwe są bardziej szczegółowe obserwacje. Liczba potencjalnych wskaźników jest właściwie nieograniczona. Stąd konieczność dokonywania ich świadomego doboru.

Wskaźniki, które mają być prawdziwie użyteczne powinny spełniać następujące kryteria:

- istotności (*valid*) – wskaźnik powinien mierzyć to, co ma być przedmiotem pomiaru (a nie artefakty),
- specyficzności (*specific*) – zmiany wartości wskaźnika powinny posiadać możliwość przypisania do nich oceny,
- czułości (*sensitive*) – wartość wskaźnika powinna się zmieniać na tyle silnie, aby pozwolić wykryć zmiany w obszarze obserwowanego zjawiska,
- dostępności (*accesible*) – dane pomocne w konstruowaniu wskaźnika powinny być możliwe do uzyskania przy rozsądnym wysiłku,
- rzetelności (*reliable*) – wartości wskaźnika powinny być bardzo zbliżone po powtórzeniu pomiaru,
- przewidywalności kierunku zmian (*direction*) – zmiany wartości wskaźnika powinny być zgodne ze zmianami opisywanych zjawisk.

Uznaje się, że w ocenie jakości ogólnej działalności medycznej placówki wystarczy liczba 10–25 wskaźników, mimo że nie będzie dotyczyć wszystkich elementów funkcjonowania jednostki. Do tej liczby wskaźników ogólnych można w miarę potrzeby dołączyć wskaźniki szczegółowe, skierowane na określone obszary opieki (np. opiekę długoterminową, zakażenia szpitalne itp.). Przykłady wskaźników oceniających działalność w zakresie opieki podstawowej przedstawia tabela 9.

[44] Trąbka W. (red.), Szpitalne systemy informacyjne, Vesalius, 1999.

Tabela 8. Przykłady wskaźników oceny jakości działania podstawowej opieki zdrowotnej w Nowej Zelandii i Wielkiej Brytanii.

Nowa Zelandia	
Wskaźnik	***Pomiar***
Szczepienia 2-latków	Liczba dzieci spośród objętych opieką, które uzyskały pełen zakres szczepień zalecanych w kalendarzu szczepień w tym wieku/całkowita liczba dzieci w wieku 2 lat, objętych opieką
Szczepienia przeciw grypie wśród osób starszych	Liczba osób > 65 lat, zaszczepionych na grypę/całkowita liczba osób >65 lat
Przesiew raka szyjki macicy	Liczba kobiet w wieku 20-69, które miały wymaz w ciągu ostatnich 3 lat/całkowita liczba kobiet w ww. wieku
Przesiew raka piersi	Liczba kobiet w wieku 50-64, które miały mammografię w ciągu ostatnich 2 lat/całkowita liczba kobiet w ww. wieku
Wziewne kortykosterydy	Liczba przepisanych ekwiwalentów dawek beklometazonu/liczba dni terapii
Badania funkcji tarczycy	Liczba testów czynnościowych tarczycy/liczba badań poziomu wolnej tyroksyny
Badania odpowiedzi ostrej fazy	Liczba badań OB/ liczba badań CRP
Wielka Brytania	
Wskaźnik	***Pomiar***
Planowanie rodziny	Liczba ciężarnych dziewczyn w wieku 16-lat i mniej
Dostęp do badań przesiewowych	Odsetek osób z grup zalecanych do przeprowadzenia badań, u których badania zostały wykonane (rak piersi, szyjki macicy)
Hospitalizacje do uniknięcia	Wskaźniki przyjęć do szpitali z powodu zakażeń dróg oddechowych, moczowych, niewydolności krążenia itp.
Hospitalizacje z powodu chorób przewlekłych	Wskaźniki przyjęć do szpitali z powodu astmy, POChP, cukrzycy, padaczki itp.
Farmakoterapia zaburzeń psychicznych	Liczba i wolumen przepisanych benzodiazepin, stosunek antydepresantów do beznodiazepin
Farmakoterapia generyczna	Odsetek leków generycznych wśród leków przepisanych
Rozpoznawanie i sprawozdawanie chorób zakaźnych	Liczba sprawozdanych przypadków krztuśca, odry itp.
Zapobieganie zdarzeniom nagłym	Liczba osób powyżej 75 r.ż. przyjętych w trybie nagłym do szpitala
Kontrola zaburzeń psychicznych	Liczba readmisji od oddziałów psychiatrycznych
Terapia przeciwzakrzepowa	Odsetek osób po zawale serca stosujących leki przeciwzakrzepowe
Nadzór nad nadciśnieniem	% osób pod opieką z badaniem ciśnienia krwi w ciągu ostatnich 5 lat % osób z rozpoznanym nadciśnieniem, u których ostatni pomiar ciśnienia skurczowego wynosił > 160 mmHg % osób z rozpoznanym nadciśnieniem, u których ostatni pomiar ciśnienia rozkurczowego wynosił < 90 mmHg % osób z rozpoznaniem ch. krążenia z badaniem ciśnienia krwi w ciągu ostatniego 1 roku % pacjentów z rozpoznaną cukrzycą, u których roku zanotowano ostatnio ciśnienie skurczowe > 160 mmHg % osób z rozpoznaną cukrzycą, u których ostatni pomiar ciśnienia rozkurczowego wynosił < 90 mmHg
Poradnictwo antynikotynowe	% pacjentów o zdiagnozowanym stosunku do palenia % populacji palaczy, która otrzymała poradę przeciwnikotynową % osób z rozpoznaną chorobą krążenia o zdiagnozowanym stosunku do palenia % populacji palaczy, z rozpoznaną ch. krążenia, która otrzymała poradę przeciwnikotynową
Stosowanie inhibitorów konwertazy angiotensyny	% pacjentów z rozpoznaną niewydolnością krążenia stosujących inhibitory konwertazy angiontensysny
Stosowanie leków obniżających	% pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, stosujących leki

poziom cholesterolu	obniżające poziom cholesterolu
Stosowanie warfaryny jako prewencji zatorów	% pacjentów z niezastawkowym migotaniem przedsionków, stosujących antykoagulanty (warfarynę)
Szczepienia seniorów przeciw grypie	% odsetek osób powyżej 65 r.ż. zaszczepionych coroczną szczepionką p/grypową

Źródło: Langerbrunner 2010.

Organizacją utrzymującą HEDIS i wykonującą branżowe oceny OOK jest *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) dla ponad 90% tego typu organizacji w USA. HEDIS obejmuje następujące obszary jakości działania (*performance*):

- efektywność opieki – mierniki w tej kategorii obejmują takie elementy, jak poziom szczepień dzieci, objęcie określonych subpopulacji badaniami przesiewowymi, wskaźniki poprawnej antybiotykoterapii, itp.,
- dostępność opieki –mierniki te mają informować o dostępie w odpowiednim czasie do określonych, głównie priorytetowych rodzajów opieki, takich jak opieka podstawowa dzieci i młodzieży, opieka okołoporodowa kobiet, itp.,
- satysfakcja z uzyskanej opieki –wskaźniki te informują o subiektywnych odczuciach pacjentów, wynikających z ich doświadczeń np. w zakresie uzyskiwania informacji w trakcie leczenia, terminowości, komunikatywności personelu, szacunku personelu dla pacjentów itp.,
- stabilność placówki/planu – wskaźniki prezentujące parametry opisujące organizację, takie jak lata funkcjonowania na rynku, wielkość obrotów, zysk, liczbę podopiecznych itp.,
- korzystanie z usług – wskaźniki opisujące, jak często podopieczni danej placówki korzystają z poszczególnych rodzajów świadczonych przez nią usług,
- informacje opisowe o organizacji – prezentują dodatkowe informacje, które nie mogą być zaprezentowane w formie liczbowej, jak certyfikaty, licencje, przynależność organizacji do związków organizacji itp.

7. Wdrażanie opieki koordynowanej

Opisywane mechanizmy i zasady działania systemów ochrony zdrowia, w połączeniu z doświadczeniami krajów, w których realizowana jest jedna z form opieki koordynowanej, skłaniają do formułowania określonych wniosków na temat sposobów wdrażania tej formy opieki.

Podstawowym zadaniem w tym przedsięwzięciu jest wykreowanie instytucji ***koordynatora opieki*** (*care coordinator*) nad pacjentem; podmiotu lub osoby, która pełniłaby rolę *agenta*, zgodnie z terminologią Nowej Ekonomii Instytucjonalnej (NEI)[45].

Rola *koordynatora* może zostać powierzona:

- lekarzowi opieki podstawowej, działającemu samodzielnie (np. Wielka Brytania na początku lat 90. XX w.);
- wielospecjalistycznej placówce ambulatoryjnej opieki zdrowotnej lub sieci placówek, obejmującej m.in. opiekę podstawową (IPA model z USA, Szwajcarii, pilotażowe rozwiązania w Niemczech, na Węgrzech);

[45] North, Douglass C. (1993 working paper). "New Institutional Economics and Development" (www2.econ.iastate.edu/tesfatsi/NewInstE.North.pdf).

— szpitalowi oraz sieci placówek opieki ambulatoryjnej (podstawowej i specjalistycznej) (IDS lub *staff model* HMO z USA, ACO z planu Obamy, model Alzira w Hiszpanii);
— organizacja o charakterze administracyjno-organizacyjnym (większość MCO z USA, PCT z Wielkiej Brytanii, pilotaże w Czechach).

Organizacja opieki koordynowanej (OOK) ma za zadanie zaspokajać potrzeby pacjenta samodzielnie oraz za pośrednictwem innych dostawców opieki zdrowotnej. Oczekiwania wobec tej formy organizacji są następujące:

— ***koncentrowanie się na osobie pacjenta*** (*patient centered care*) – z uwagi na kompleksowość zakresu odpowiedzialności OOK oczekuje się, że będzie się zajmować *osobą* pacjenta jako taką, a nie jego schorzeniami czy epizodami opieki. OOK ma przejąć rolę głównego dostawcy i organizatora opieki, który m.in. występuje w imieniu pacjenta wobec dostawców usług i dóbr;
— ***zorientowanie na efekt*** (*outcome oriented care*) – ocena oraz system wynagradzania OOK powinien być zorientowany na efekty, a nie na strukturę czy poszczególne produkty. Zatem nie ilość, a jakość ma być fundamentem nowego modelu. Co prawda, ze względów technicznych, nie zawsze ***ostateczne efekty*** opieki będą mogły być poddane ocenie i (lub) nagradzane, ale tam, gdzie to nie będzie możliwe będą wykorzystywane mierniki zastępcze (*proxy*);
— ***konkurencja w oparciu o rezultaty*** (*value based competition)* – w procesie wdrażania OOK powinno się eliminować skutki nierównowagi informacyjnej między pacjentem a dostawcami usług zdrowotnych. OOK, będąc dostawcą usług zdrowotnych, powinna być poddana ocenie, a pacjent powinien móc dokonać aktywnego i świadomego wyboru co do korzystania z jej usług. Zatem OOK powinna konkurować o pacjenta, opierając się na osiąganych rezultatach; głównie zdrowotnych;
— **innowacyjność i odpowiadanie na preferencje** – OOK powinna mieć możliwość elastycznego kształtowania swojej działalności, w szczególności doboru rodzaju i liczby usług i dóbr dostarczanych pacjentom. OOK powinna móc wprowadzać innowacje organizacyjne i technologiczne do praktyki działania, zachowując jednocześnie kluczowe cechy systemu kształtowane na poziomie regulacji prawnych. Powinna mieć także narzędzia oddziaływania na innych dostawców opieki zdrowotnej;
— **finansowanie w oparciu o rezultaty** (*payment for result*) – placówka pełniąca rolę OOK powinna otrzymywać istotną część płatności w postaci opłaty *kapitacyjnej*, a będzie to uzależnione od jej sukcesu w konkurencji z innymi placówkami. Należy jednak przewidzieć pewną pulę środków, które byłyby wypłacane OOK lub jej kontrahentom w formie opłat za usługę, bonusów stanowiących nagrodę za osiągnięcie określonych efektów.

Kolejne działania niezbędne we wprowadzaniu opieki koordynowanej przedstawia rysunek 16.

Etap I – ***zdefiniowanie subkoszyka świadczeń*** – w konstrukcji opieki koordynowanej należy przypisać OOK określony zakres świadczeń w zależności od populacji, jaką będzie obejmować. Przypisanie zakresu świadczeń oznaczać powinno, na kolejnych etapach, określenie puli środków finansowych oddawanych do dyspozycji OOK oraz odpowiedzialności za zarządzanie ryzykiem finansowym, związanym z dostarczaniem usług zdrowotnych w ramach zdefiniowanego subkoszyka.

Etap II – ***określenie puli finansowej*** – pula ta będzie ilorazem ceny/kosztów świadczeń wchodzących do subkoszyka oraz częstości ich wystąpienia w populacji. W praktyce

korzystanie ze świadczeń poszczególnych rodzajów różni się między ubezpieczonymi i ich grupami. Określenie puli finansowej powinno być zatem oparte na badaniach, w których oceniane jest historyczne korzystanie ze świadczeń, różnice w korzystaniu ze świadczeń między różnymi populacjami, stopień niezaspokojenia zapotrzebowania na poszczególne rodzaje świadczeń, itp. W ten sposób określona pula powinna mieć charakter wielkości uśrednionej oraz odchyleń od tej wartości, czyli scenariuszy wydatków na zaspokojenie potrzeb populacji o określonej charakterystyce.

Etap III – ***określenie stawki kapitacyjnej*** – o ile pula finansowa jest wielkością zbiorczą, o tyle podzielona przez liczbę członków populacji stanowić będzie wielkość przypadającą na osobę. Czynność ta ma znaczenie, dlatego że OOK będą rekrutować podopiecznych oraz ich tracić, zatem będą doświadczać powiększania i pomniejszania populacji objętej opieką. Istnieje zatem konieczność określenia, w jaki sposób mają wyglądać przepływy finansowe związane z ruchem osób pozostających pod opieką OOK.

Etap IV – ***zdefiniowanie czynników ryzyka*** (***risk-adjustment coefficients***) – w nawiązaniu do obserwowanych różnic korzystania ze świadczeń, o których wspomniano na Etapie II, powinno się zidentyfikować i zmierzyć skalę wpływu na korzystanie ze świadczeń pewnych cech ubezpieczonych, które nie są zależne od OOK. Generalnie czynnikami różnicującymi jest wiek i płeć, ale występują również inne elementy, takie jak miejsce zamieszkania, stan cywilny/rodzina itp., a także choroby, na które cierpią te osoby. Identyfikowanie czynników ryzyka i ich wpływu na korzystanie ze świadczeń jest procesem ciągłym. Obecnie w Polsce, jako odzwierciedlenie ryzyka stosuje się trzy stawki kapitacyjne (wg kryterium wieku), oraz stawki powiększone dla pewnych grup chorych, w Wielkiej Brytanii stosowane są formuły alokacyjne oparte na cechach społecznych populacji zamieszkującej dany obszar, a w Niemczech stosuje się formułę opartą na zachorowalności (obejmuje kilkadziesiąt najważniejszych schorzeń). Zróżnicowanie stawek kapitacyjnych, uwzględniające mechanizm szacowania budżetu oraz pracochłonność analiz, powinno być przedmiotem analiz w kraju wdrażającym ten model.

Etap V – ***określenie warunków rekrutacji*** – OOK wynagradzane w postaci opłat kapitacyjnych muszą zdefiniować grupę podopiecznych. Może to być aktywna rekrutacja ze strony OOK (jak w USA, Szwajcarii), bierna rekrutacja (częściowo USA), administracyjne przypisanie przez płatnika (jak w Wielkiej Brytanii czy Hiszpanii) lub rekrutacja lekarzy poz posiadających listę pacjentów. Efektem tego działania powinna być imienna lista podopiecznych OOK, stanowiąca w szczególności podstawę do wyliczania stawek kapitacyjnych.

Etap VI – ***zaprojektowanie systemu finansowania i zarządzania opieką*** – zakłada się, że istotna część finansowania zostaje przekazana OOK w formie budżetu kapitacyjnego. Jednak część świadczeń wykonywana jest poza strukturą OOK, choć podlega koordynacji tej organizacji. Zaprojektowanie przepływów finansowych między poszczególne grupy świadczeń, w szczególności te, które ostatecznie trafiają do innych placówek, stanowić powinno przedmiot szczegółowych ustaleń i zapisów kontraktowych. Do rozstrzygnięcia pozostają kwestie: kto płaci placówkom poza OOK?, jakie zachęty finansowe ma OOK, aby rozsądnie zarządzać usługami tego typu?, jakie stawki stosuje się w tych wypadkach? i in.

Etap VII – ***określenie całkowitej kwoty kontraktu*** – na podstawie określonych stawek kapitacyjnych, przyjętych w oparciu o określony subkoszyk świadczeń opieki zdrowotnej oraz charakterystykę populacji podopiecznych (uwzględniającą m.in. czynniki ryzyka), płatnik określa przewidywany budżet OOK.

Etap VIII – ***zaprojektowanie systemu monitorowania i kontroli jakości działania*** – wraz z delegowaniem uprawnień do znacznego zakresu swobody zarządzania opieką, OOK oraz placówki współpracujące powinny zostać poddane stałemu i skutecznemu monitoringowi jakości działania. Skutkiem oceny jakości powinny być publikacje skierowane do pacjentów, opracowane na podstawie danych z monitoringu, oraz ew. nagrody finansowe za osiągnięcie określonych parametrów jakościowych. Elementem systemu monitorowania jakości powinien być mechanizm składania skarg i rozstrzygania sporów miedzy pacjentem a OOK.

Etap IX – ***wdrożenie OOK*** – ostatni etap polegający na uruchomieniu świadczenia opieki zdrowotnej. Jednym z ważnych rozstrzygnięć na tym etapie jest okres świadczenia usług OOK, który decydować będzie o stabilności zachęt do zmian oraz motywacji organizacji i osób do zmiany schematu działania.

Przedstawiony algorytm postępowania nie wyczerpuje wszystkich niezbędnych przygotowań do uruchomienia opieki koordynowanej w Polsce. Może stanowić jednak przybliżenie tej problematyki oraz wskazanie kluczowych – prowadzących to tego celu – elementów.



Rysunek 14. Kroki w projektowaniu i wdrażaniu kontraktów na opiekę koordynowaną
Źródło: Langenbrunner 2009

Spis rysunków

Spis tabel

Bibliografia

Buetowa, S. A., Sibbalda B., Cantrillb J.A., Halliwella S., Appropriateness in health care: Application to prescribing, Social Science & Medicine, Volume 45, Issue 2, July 1997

Bochenek T, Kozierkiewicz A, Ceny i refundacja leków, WRM s z o.o. - Termedia 2009

Written Evidence from the Health Departments for Great Britain, Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration Review for 2001, London, Great Britain

2001 Summary Findings, Employer Health Benefits, The Kaiser Family Foundation and Health Education and Research Trust, Los Angeles CA

David M. Cutler, Equality, Efficiency, And Market Fundamentals: The Dynamics Of International Medical Care Reform, Department of Economics, Harvard University, Cambridge, MA, and National Bureau of Economic Research, JEL Categories: H51, I11

Medicare Payment Policy, Report to Congress, The Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC), March 2002

Beveridge W, 1942, Social Insurance and Allied Services, Report Presented to Parliament by Command of His Majesty, November 1942, HMSO, CMND 6404 (www.fordham.edu/halsall/mod/1942beveridge.html)

Blair T, 1997, The new NHS modern, dependable, Presented to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, December 1997 (http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/newnhs.htm) (data wejścia: 10.2006)

Calfee, D.P., B.M. Farr, 2002, Infection control and cost control in the era of managed care. Infection Control and Hospital Epidemiology

Donabedian, A. 1980. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press

Epstein D, Mason A, 2006, Costs and prices for inpatient care in England: mirror twins or distant cousins? Draft: Version 8, HealthBasket, Work Package 6 Report

Hudges D., McGuire A., Patients charges and utilisation of NHS prescription medicines, Health Economics 1995; 4

Kongstvedt P.R., Managed Care, What it is and how it works, 2009

Kozierkiewicz A (red.), Koło ratunkowe dla szpitali, WRM sp.zoo/Termedia 2008

Kozierkiewicz A, Laurent J-F, Ocena aktywności szpitali dla celów kontraktowania i monitorowania kontraktów - analiza narodowego systemu jednorodnych grup pacjentów, nr 7 Antidotum, 1997 r.

Kozierkiewicz A, Whitfield M, Esmonde L, Kautsch M, 2003. Comparing the cost of elective surgery across ten European countries (an action research project exploring methodological issues). Hospital Healthcare Europe, the Official HOPE Reference Book. Campden Publishing Ltd: London

Kozierkiewicz A.(2), 2003, Godzenie jednolitości z różnorodnością – francuski system finansowania świadczeń zdrowotnych, Zdrowie i Zarządzanie, nr 3-4/2003

Lagasse R., Desmet M., Jamoulle M., Correa G., Roland M., Hoyois P., De Brouwer Ch., 2001, European Situation Of The Routine Medical Data Collection And Their Use For The Health Monitoring (Euro-Med-Data), Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique, Project number: 1998/IND/2011, Contract number: SI2.107874, December 2001

Langenbrunner J., Wiley M, 2002, in Hospitals in changing Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO

Langenbrunner J, Cashin C., O'Dougherty S. (ed.), Designing and implementing health care provider payment systems : how-to manuals. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009

Madden, R, Sykes C, Ustun T B, World Health Organization Family of International Classifications: definition, scope and purpose, WHO-FIC Family Development Committee and Planning Committee, WHO 2007

Miller, H. 2007. "Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform." Report for the Commonwealth Fund, New York

Mossialos E., Le Grand J., Health Care and Cost Containment in the European Union (European Political Economy), Ashgate Pub Co., 1999

Murray C, Lopez, A, Globalne obciążenie chorobami, CSIOZ, Warszawa – Kraków, 2000

OECD, System of Health Accounts Manual, Paris, 2000

OECD, Value for money in Health Spending, OECD Health Policy Studies, Paris 2010

Palm W, Nickless J., Lewalle H., Coheur A. 2000, Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems, General report produced for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission

Porter M, Olmsted Teisberg E., Redefining health care, Creating Value – Based Competition on Results, Harvard Business School Press, 2006

Rand, Ayn (1964). The Virtue of Selfishness (paperback ed.). New York: Signet. ISBN 0-451-16393-1

Sánchez-Martínez F , Abellán-PerpiñánJ-M, Martínez-Pérez J-E, Moreno I, 2006, SPANISH COST/PRICE ASSESSMENT REPORT, VI European Research Framework Project HealthBASKET- Health Benefits and Service Costs in Europe, SP21-CT-2004-501588

Schreyögg J, Tiemann O, Busse R, 2006, Approaches for Costing and Pricing in Practice Germany HealthBasket Work Package 6 Report

Stevens S (2004) Reform strategies for the English NHS. Health Affairs 23: 37-44.

Włodarczyk C., Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym, Vesalius, Kraków, 1996

WHO 2000, Health Report 2000, Geneva, 2000

Wörz, M., Foubister, T., Busse, R., Mossialos, E., & et al. 2006, Mapping Health Services Access - National and Cross-border Issues (HealthACCESS), Final Report, (www.ehma.org) (Data wejścia: 12.2006)